



Kirjallinen potilasohje rintarauhasen muutoksen lankamerkintään tulevalle

Terhi Marttila

Opinnäytetyö

Yrkeshögskolan Novia

Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma

Vaasa 2013



OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Terhi Marttila

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma, Vaasa

Ohjaajat: Katarina Vironen

Nimike: Kirjallinen potilasohje rintarauhasen muutoksen lankamerkintään tulevalle

Päivämäärä: marraskuu 2013

Sivumäärä: 36

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena on kirjallisen potilasohjeen laatiminen rintarauhasen lankamerkinnästä erään sairaalan röntgenosastolle. Ohjeen tarkoitus on tarjota potilaille tietoa rintarauhasen muutoksen lankamerkinnästä. Potilaalla on laillinen oikeus selvitykseen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä muista seikoista, joilla on merkitystä kun päätetään hänen hoidostaan. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys niin, että potilas ymmärtää selvityksen sisällön.

Teoreettisiksi lähtökohdiksi opinnäytetyöhön valittiin käsitteet turvallisuuden tunne sekä tieto, sillä opinnäytetyöni tarkoitus on tiedon avulla lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta rintamuutoksen lankamerkinnän yhteydessä ja näiden käsitteiden määrittely on siksi tarpeen. Opinnäytetyön tavoitteena on laatia kirjallinen potilasohje, joten teoreettiseksi lähtökohdaksi valittiin myös ohjaus hoitotyössä.

Opinnäytetyöni aineisto kerättiin röntgenosastolta lankamerkintää koskevin dokumentteina ja kahden mammografiahoitajan teemahaastatteluilla. Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista laadullista sisällönanalyysia. Opinnäytetyön tuloksena syntyi kirjallinen potilasohje lankamerkintään tuleville potilaille. Ohje laadittiin kirjallisten potilasohjeiden laatimissääntöjen sekä kyseisen sairaalan yleisiä kirjallisia ohjeita varten suunniteltujen linjauksien avulla.

Kieli: Suomi

Avainsanat: kirjallinen potilasohje, lankamerkintä

BACHELOR'S THESIS

Author: Terhi Marttila

Degree Programme: Radiography and radiotherapy

Supervisors: Katarina Vironen

Title: Written patient information material about guide wire localization of a breast-lesion

Date: November 2013

Number of pages: 36

Appendices: 3

Summary

The aim of this study was to create written patient information material about wire localization for a breast lesion to a certain x-ray department. The purpose is to provide information about the procedure to the patients, as it is part of their legal rights to be informed of their condition, the significance of treatment and other meaningful aspects of the care.

Security, knowledge, and patient education were used as a theoretical framework for this study. These concepts were relevant as the aim of this study was to increase the sense of security among patients by providing them with information about the procedure. Written information material is part of patient education and it was, therefore, important to also define that concept.

The data for this study was collected from written documents concerning guide wire localization from the x-ray department and from interviews with x-ray technicians. The collected data was analyzed through inductive qualitative content analysis. The study resulted in a written patient information sheet. The sheet was written according to the hospitals policy of written patient instruction material and according to general instructions regarding written patient information.

Language: Finnish Key words: Written information, wire localization, patient education

EXAMENSARBETE

Författare: Terhi Marttila

Utbildningsprogram och ort: Radiografi och strålbehandling

Handledare: Katarina Vironen

Titel: Patientföreskrifter för trådutmärkning av en förändring i bröstet

Datum: november 2013

Sidantal: 36

Bilagor:3

Abstrakt

Syftet med detta lärdomsprov är att formulera en skriftlig patientföreskrift om trådutmärkning av en förändring i bröstet åt en röntgenavdelning. Meningen är att förse patienten med information om ingreppet eftersom det hör till patientens lagliga rättigheter att bli informerad om sitt hälsotillstånd, vårdens betydelse och andra faktorer som är viktiga för att fatta beslut om sin vård. Informationen skall ges på sådant sätt att det är möjligt för patienten att förstå innehållet.

Som teoretiska utgångspunkter valdes trygghet, information och patienthandledning eftersom lärdomsprovet syftar till att öka patienters känsla av trygghet genom att erbjuda information om ingreppet. Skriftliga patientföreskrifter är en del av patienthandledningen och därmed var det viktigt att även definiera detta begrepp.

Forskningsdata samlades i form av skriftligt material från röntgenavdelningen och genom att intervjua två mammografiskötare. Kvalitativ induktiv innehållsanalys valdes som analysmetod. Slutprodukten blev en skriftlig patientföreskrift som behandlar trådutmärkning av en förändring i bröstet. Föreskriften formulerades i enlighet med normer som gäller skriftliga patientföreskrifter samt sjukvårdsdistriktets egna direktiv gällande skriftligt informationsmaterial.

Språk: Finska

Nyckelord: Patientföreskrift, trådutmärkning, skriftlig information

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	2
3	Teoreettiset lähtökohdat.....	3
3.1	Turvallisuuden tunne	3
3.2	Tieto.....	5
3.3	Ohjaus hoitotyössä.....	6
3.3.1	Potilaanohjauksen menetelmät	7
3.3.2	Kirjallinen potilasohje.....	8
4	Teoreettinen tausta	11
4.1	Mammografia.....	11
4.1.1	Röntgensäteily	11
4.2	Rintojen ultraäänitutkimus	12
4.3	Rinnan muutokset.....	13
4.4	Palpoitumattomien tuumoreiden merkitseminen	14
5	Aikaisempia tutkimuksia.....	15
6	Tutkimuksen toteutus	23
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	24
6.2	Laadullinen tutkimus	24
6.3	Aineiston kerääminen	25
6.4	Aineiston analyysi.....	26
7	Tulokset	27
8	Ohjeen laatiminen	29
9	Tulkinta	30
10	Kriittinen tarkastelu.....	32
11	Pohdinta.....	34

1 Johdanto

Ajatus tämän opinnäytetyön aiheeseen syntyi klinisen mammografian käytännön harjoittelussa eräässä suomalaisessa keskussairaalassa. Rintarauhasen muutoksen lankamerkintään kuvantamisyksikköön tulleet potilaat vaikuttivat toisinaan erityisen jännittyneiltä, eikä heillä aina ollut selvää käsitystä toimenpiteen kulusta. Tiedustellessani asiaa preoperatiiviselta poliklinikalta selvisi, että potilaat saivat ainoastaan suullisesti tietoa leikkaavalta kirurgilta lankamerkinnästä, sillä kirjallista potilasohjetta ei ollut olemassa. Ajatus kirjallisen potilasohjeen laatimisesta heräsi ja tarjosin kyseisen sairaalan röntgenosastolle ideaani ja ehdotukseeni suostuttiin. Kirjallinen potilasohje lankamerkinnästä on tarpeen, sillä arvioiden mukaan potilaat muistavat ainoastaan 10 % kuulemastaan ja 75 % näkemästään, mutta 90 % siitä mikä on läpikäyty sekä näkö- että kuuloaistein. Useiden eri ohjausmenetelmien käyttö on siis suositeltavaa. (Kyngäs 2007, s.73). Lisäksi potilaalla on laillinen oikeus saada tietoa omasta hoidostaan. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on määritelty, että potilaalla on oikeus selvitykseen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja muista seikoista, joilla on merkitystä kun päätetään hänen hoidostaan. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys niin, että potilas ymmärtää selvityksen sisällön. (17.8.1992/785).

2 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä kappaleessa esitellään opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda kirjalliset potilasohjeet leikkausta edeltävästä lankamerkinnästä erään keskussairaalan röntgenosastolle. Tavoite on tarjota potilaille tietoa tutkimusten kulusta ja siten auttaa heitä valmistautumaan tutkimukseen, sekä lisätä turvallisuuden tunnetta tutkimuksen yhteydessä.

Tutkimuskysymykseni ovat seuraavat:

1. Millainen on laadukkaan potilasohjeen sisältö ja rakenne ja minkälaista tietoa lankamerkinnästä potilaat tarvitsevat?
2. Mitkä ovat kyseisen suomalaisen keskussairaalan rintarauhasen muutoksen lankamerkintään liittyvät käytännöt?

3 Teoreettiset lähtökohdat

Tässä kappaleessa esitellään opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat. Lähtökohdiksi olen valinnut käsitteet turvallisuuden tunne sekä tieto, sillä opinnäytetyöni tarkoitus on tiedon avulla lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta rintamuutoksen lankamerkinnän yhteydessä ja näiden käsitteiden määrittely on siksi tarpeen. Ohjaus hoitotyössä toimii myös teoreettisena lähtökohtana, sillä opinnäytetyön tavoitteena on laatia kirjallinen potilasohje, joka on osa potilaanohjausta.

3.1 Turvallisuuden tunne

Ihmisen käyttäytymistä aktivoivia prosesseja ja rakenteita kutsutaan motivaatioksi. Eräs tärkeä emotionaalinen motiivi on pelko, eli turvallisuusmotiivi. Pelkoa aiheuttavat ärsykkeet ovat vaarasignaaleja, jotka jaotellaan primääreihin ja sekundääreihin vaarasignaaleihin sen mukaan, toimivatko ne ilman oppimisprosessia vai oppimisprosessin välityksellä. Pako, suojautuminen, avun tai suojelun hakeminen tai muut toimenpiteet vaaran torjumiseksi ovat turvallisuusmotiivin aiheuttamia reaktioita. Pelon aiheuttama kiihtynyt mielentila saattaa vaikeuttaa monimutkaisia suorituksia sekä häiritä ajattelua ja kykyä ratkaista ongelmia. (Madsen 1984, s.164, 189–191).

Abraham Maslowin (1987, s. 32) mukaan ihmisen tarpeet voidaan asettaa hierarkkiseen järjestykseen. Hierarkiassa tarpeet on järjestetty perustavammista korkeimpiin tarpeisiin. Mikäli perustavimmat tarpeet, esimerkiksi fysiologiset tarpeet, eivät ole tyydytettyjä, hallitsevat nämä tarpeet yksilön toimintaa ja ohjaavat käyttäytymistä siten, että tarve saadaan tyydytettyä. Fysiologisten tarpeiden tyydyttyminen vaimentaa nämä tarpeet ja sallii hierarkiassa seuraavien tarpeiden ohjata käyttäytymistä. Tosinaan on mahdollista, että hierarkiassa korkeammat tarpeet ohjaavat yksilöä vaikka perustavimmat tarpeet eivät olisi tyydytettyjä vaan esimerkiksi torjuttuja.

Maslown (1987, s. 18–19) mukaan turvallisuuden tarpeet ovat fysiologisten tarpeiden, kuten ravinnon tarpeen, jälkeen vahvimmat tarpeemme. Turvallisuuden tarpeisiin kuuluvat vakauden, turvallisuuden, suojelun, järjestyksen, lakien ja rajojen tarpeet, sekä tarve olla vailla pelkoa, ahdistusta ja kaaosta. Yksilö voidaan määritellä turvallisuutta tavoittelevaksi järjestelmäksi. Useimmiten turvallisuuden tarpeet ovat melko lailla tyydytettyjä länsimaisen yhteiskuntamme aikuisväestöllä. Poikkeustilanteissa, kuten sodan, sairauden tai muun kriisin kohdatessa tulee turvallisuuden tarpeesta kuitenkin yksilöä ohjaava tekijä.

Segestenin (1984, s. 30–31) tutkimus potilaiden kokemasta turvallisuuden ja turvattomuuden tunteesta osoittaa, että turvallisuuden tunne sisältää varmuuden optimaalisesta elämänlaadusta yksilölle. Varmuus perustuu tiettyihin yksilön voimavaroihin ja siihen, että yksilö on vakuuttunut näiden voimavarojen olemassaolosta. Yksilön identiteettiin sidoksissa oleva perusturvallisuus vaikuttaa myös yksilön kokemaan turvallisuuden tunteeseen. Tätä tunnetta häiritsevät tekijät, jotka aiheuttavat voimavarojen heikentymistä tai heikentävät mahdollisuutta voimavarojen hallintaan. Tämä häiriö sisältää uhan elämänlaadun heikkenemisestä. Yksilö pyrkii vapautumaan tästä uhasta pääasiassa kahdella eri tavalla: Uhka hävitetään tai uhka toteutuu ja muuttuu todellisuudeksi. Mikäli uhka hävitetään, palautuu turvallisuuden tunne. Uhan toteutuessa yksilön täytyy tavoitella uutta turvallisuuden tunnetta näistä muuttuneista lähtökohdista ja käsitellä muuttunut tilanne.

Sinikka Ahon (1996, s. 59–60, 64) mukaan turvallisuuden tunne on itsetunnon tärkein alue. Se tarkoittaa hyvää oloa ja se sisältää sekä fyysisen että emotionaalisen turvallisuuden tunteen. Turvallisuuden tunne saa ihmisen suhtautumaan luottavaisesti muihin myös muutostilanteissa. Yksilön kokema turvallisuus saa hänet ottamaan riskejä ja osallistumaan. Ihminen, joka ei koe turvallisuutta välttelee sosiaalisia tilanteita, epäilee, stressaantuu sekä eristäytyy. Auktoriteetin uhmaaminen sekä uusien kokemusten ja muutosten kokeminen epämiellyttävänä ovat seurausta turvattomuuden tunteesta. Kasvattaja voi vaikuttaa lapsen turvallisuuden tunteen vahvistumiseen luomalla luottamuksellisen suhteen lapseen, asettamalla selvät rajat sekä säännöt ja luomalla positiivisen kasvuilmapiirin. Turvallisuuden tunne on tärkeä myös aikuiselle. Esimerkiksi työpaikoilla perusturvallisuuden puute saattaa johtaa yhteisön kehittymättömyyteen ja ahdistukseen sekä epäluottamukseen ja ihmissuhdeongelmiin.

Watson (1985, s. 97) kuvaa turvallisuuden tunnetta kokemuksena ulkoisen tai sisäisen uhan tai vaaran poissaolosta. Ihminen kehittää elämänsä aikana toimintatapoja ympäristönsä tutkimiseen, jotta hän voi selvittää onko ympäristö turvallinen vai turvaton. Ihmisen aiemmat kokemukset ja turvallisuuden tarpeet perustana, hän pyrkii käyttäytymällä eri tavoilla saavuttamaan turvallisuuden tunteen.

3.2 Tieto

Tieto on vaikea yksiselitteisesti määritellä. Alun perin sana tieto on tarkoittanut esimerkiksi tien tuntemista, tieto vie siis perille. Klassisen tiedon määritelmän mukaan ”*tietoa on hyvin perusteltu, tosi uskomus*”. Jotta tieto olisi totta, on sille löydettävä yleisesti hyväksyttyjä perusteluja. Nämä perustelut tekevät tiedosta järkevää uskoa ja erottavat sen erheestä, joka on epätotta, sekä luulosta, jolla ei ole päteviä perusteluja. Tiedon määritelmään lisätään joskus myös ehto, jonka mukaan tiedon on oltava olennaista tai merkittävää. Tämä ehto on ongelmallinen, sillä tiedon olennaisuus tai merkittävyys voi olla erittäin hankala määritellä. (Voutilainen, Mehtäläinen & Niiniluoto 1992, s. 13–14).

Tietoteorian mukaan tiedonlajeja on olemassa kolmenlaisia. ”Tietää” sanan käyttötavasta riippuen voidaan viitata eri tiedonlajeihin. Sana ”tietää” henkilön tai paikannimen yhteydessä viittaa kyseisen asian olevan puhujalle tuttu. Kuitenkaan ilmaisuun ei sisälly oletusta siitä, että puhuja on tavannut henkilön tai on käynyt paikassa tai osaisi kulkea siellä. ”Tietää” sana voi myös liittyä taitoon. Jos puhuja kertoo tietävänsä miten pyörällä ajetaan, oletetaan hänen osaavan ajaa pyörällä, silloin on kyse osaamisesta eli taidosta. Lause saattaa kuitenkin tarkoittaa, että puhujalla on ainoastaan tietoa pyörällä ajamisen säännöistä, eli taitotietoa. Markus Lammenrannan mukaan ilmausta käytettäessä voidaankin tarkoittaa taitoa tai tietoa toiminnan säännöistä. Kolmas tiedonlaji, propositionaalinen tieto sisältää todellisuutta koskevaa informaatiota. Puhuja ilmaisee omaavansa informaatiota kuun liikkeistä sanoessaan: ”Tiedän, että kuu kiertää maata”. (Lammenranta 1993, s. 72–73).

3.3 Ohjaus hoitotyössä

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on määritelty, että potilaalla on oikeus selvitykseen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehtoista ja muista seikoista joilla on merkitystä kun päätetään hänen hoidostaan. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys niin, että potilas ymmärtää selvityksen sisällön. (17.8.1992/785). Potilaanohjaus perustuu tähän lainsäädäntöön, etiikkaan sekä terveydenhuollon ammattilaisten eettisiin periaatteisiin, joiden pohjalta eri ammattikunnat ovat laatineet omat ammattieettiset ohjeensa. Ohjauksella voidaan lisätä potilaan mahdollisuuksia itsensä hoitamiseen ja vähentää pelkoa ja ahdistusta, jotka liittyvät sairauteen ja muutostilanteisiin. Ohjauksella annetaan potilaalle mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon tarjoamalla riittävää tietoa tilanteesta. Tiedon määrä ei takaa tiedon riittävyyttä, vaan potilaan on kyettävä ymmärtää tieto ja kyettävä käyttämään annettu tieto hyväksi omassa elämässään. (Eloranta & Virkki 2011, s. 12, 15).

Ohjaus käsitteenä on ohjaajan ja ohjattavan kohtaamista tasavertaisina vuoropuhelun kautta. Ohjauksessa rakennetaan yhdessä tietoa, taitoa sekä selviytymistä, ja se kannustaa ohjattavaa itsensä auttamiseen hänen omista lähtökohdistaan. Ohjauksen sisältö määrittyy siis ohjattavan itsensä kautta. Hoidon tai muutoksen merkityksen ymmärtäminen ja kokemus siitä, että pystyy vaikuttamaan omaan hoitoonsa, lisää ohjattavan motivaatiota ja sitoutumista hoitoon. Ohjauksen lähikäsitteitä ovat opetus, neuvonta sekä tiedon antaminen. Opetuksella tarkoitetaan suunnitelmallisia toimintoja, joilla pyritään saavuttamaan jokin tavoite. Ohjaukseen perustuva opetus johtaa oppimistilanteeseen, jossa potilas ymmärtää opitun asian merkityksen hoidon kokonaisuuden kannalta. Neuvonnalla voidaan auttaa potilasta tekemään valintoja neuvojen avulla ammattilaisten tietoja ja taitoja hyödyntäen. Potilaan tarpeet ja lähtökohdat ovat neuvonnan perustana, ja neuvonta onkin luonteeltaan neuvottelua, jonka päämäärä on yhteisen tavoitteen saavuttaminen. Tiedon antaminen tapahtuu enimmäkseen kirjallisena materiaalina, mutta myös joukkoviestintänä. Vuorovaikutus on tiedon antamisessa vähäistä ja se on siksi edellä mainittuja täydentävä muoto. Sen haittapuoli erityisesti joukkoviestinnässä on yksilöllisyyden puute. (Eloranta & Virkki 2011, s. 19–22).

Ohjaustilanteessa jaetaan tietoa asioista, joita ohjattava haluaa tietää, ja joita ohjaaja haluaa ohjattavan tietävän. Ohjauksessa on otettava huomioon ohjattavan tarve ohjaukselle, aikaisemmat tiedot, kokemukset sekä asenteet ja uskomukset. Ohjattavan tunnetila, motivaatio ja tiedon vastaanottokyky on otettava myös huomioon, sillä nämä seikat vaikuttavat ihmisen kykyyn käsitellä tietoa. Ohjauksen aikana ja lopussa on hyvä varmistaa ymmärrys keskustelemalla. Tieto on tarjottava ohjattavalle ymmärrettävällä tavalla, joten ammattisanastoa tulee välttää. Tiedon on oltava tarpeellista, tarkkaa ja luotettavaa ja sen on myös liityttävä aikaisempaan tietoon, jotta oppiminen olisi merkityksellistä. (Eloranta & Virkki 2011, s. 22–23).

Sarvimäki ja Stenbock-Hult (1996, s.193, 198, 201) käyttävät termiä potilasopetus. Heidän mukaan potilasopetuksen tavoitteena on oppimisen mahdollistaminen, sekä oppimisen tukeminen ja ohjaaminen. Opetuksen sisällön suunnittelussa on otettava huomioon potilaan oppimistavoitteet ja suunniteltava sisältö sellaiseksi, että se tukee asetettuja tavoitteita. Lisäksi opetus on jäsenneltävä niin, että se perustuu sekä sisällön logiikkaan että potilaan tapaan oppia ja hänen tiedontarpeeseensa. Opetuksen menetelmät ja apuvälineet tulee suunnitella erikseen, riippumatta opetusstrategiasta tai jäsentämistavasta.

3.3.1 Potilaanohjauksen menetelmät

Ohjausmenetelmä valitaan ohjauksen päämäärän, sekä potilaalle ominaisen omaksumistavan perusteella. Arvioiden mukaan potilaat muistavat ainoastaan 10 % kuulemastaan ja 75 % näkemästään, mutta 90 % siitä mikä on läpikäyty sekä näkö- että kuuloaistein. Useiden eri ohjausmenetelmien käyttö on siis suositeltavaa. Kirjallista materiaalia ei tulisi kuitenkaan käyttää, ellei se tue ohjauskeskustelussa käsiteltyjä asioita. Hoitajan tulee tunnistaa potilaalle ominainen omaksumistapa ja tukea sitä käyttämällä sopivia keinoja. Ydinasioiden kertaaminen on keskeistä, sillä potilas pystyy vastaanottamaan rajallisen määrän asioita. (Kygäs ym. 2007, s. 73).

Yksilöohjaus on oppimisen kannalta tehokasta ja vuorovaikutteista. Se mahdollistaa potilaan tukemisen sekä lisäkysymykset, jotka täydentävät ohjausta. Yksilöohjaus mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen sekä tukee potilaan motivaatiota ja aktiivisuutta. Yksilöohjaus toteutetaan yleensä suullisesti ja sitä voidaan erilaisin

oppimateriaalein tukea. Menetelmänä yksilöohjaus on aikaavievä. Ohjaukselle tulee asettaa tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Hyvän tavoite on positiivinen ja se on muotoiltu konkreettiseksi ja yksinkertaiseksi. Hyvä tavoite on lisäksi realistinen, jotta potilas tietää, kuinka hänen tulee sen saavuttaakseen käytännössä toimia. Tavoitteita tulee olla 1-3 kappaletta, jotka tulee muotoilla prosesseiksi, jolloin ne ovat asteittain eteneviä ja kuvaavat tekemistä ja tapaa tehdä. Tavoite on kytköksissä nykyhetkeen, jotta potilas voi heti alkaa kulkea kohti tavoitetta. Tavoitteen saavuttamiselle on myös määritelty tietty aika. Tavoitteen tulee olla potilaan hallittavissa, eli potilas itse omalla toiminnallaan vaikuttaa tavoitteen saavuttamiseen ja uskoo siihen. Tavoitteen seuraaminen ja arviointi tulee olla mahdollista ja tavoitteet tulee olla potilaan omalla kielellä. (Kyngäs ym. 2007, s. 74–78).

Muita ohjausmenetelmiä ovat esimerkiksi ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus. Ryhmäohjaus on taloudellisesti edullinen menetelmä, sillä ohjausta annetaan useille henkilöille samanaikaisesti. Ryhmäohjaus saattaa olla joissakin tilanteissa yksilöohjausta tehokkaampaa, sillä ryhmässä oleminen saattaa olla voimaannuttava kokemus, joka motivoi tavoitteiden saavuttamiseen. Audiovisuaalinen ohjaus tapahtuu äänikasettien, videoiden, puhelimen tai tietokoneen välityksellä. Audiovisuaalinen ohjaus on tarkoitettu muistin virkistämiseksi keskustelemisen yhteydessä. Sen avulla voidaan myös välittää tietoa omaisille. Audiovisuaalisen ohjaukseen tulisi aina yhdistää mahdollisuus keskusteluun ohjauksen sisällöstä hoitajan kanssa väärinkäsitysten välttämiseksi. Audiovisuaalista ohjausta rajoittaa materiaalin tuottamiseen tarkoitettujen resurssien rajallisuus sekä potilaiden teknologiset edellytykset käyttää audiovisuaalista ohjausmateriaalia esimerkiksi kotona. Menetelmänä audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana kuin muita menetelmiä, mutta sitä on toivottu täydentämään muita menetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, s. 104, 117).

3.3.2 Kirjallinen potilasohje

Kirjalliset potilasohjeet ovat ainoastaan pieni osa terveystietoa. Potilasohjeet ovat usein suunnattu määritellylle ryhmälle, mutta koska ne saattavat olla internetissä kenen tahansa luettavissa, voivat ne muistuttaa joukkoviestintää. Julkinen saatavuus tulee ottaa huomioon kiirallisia ohjeita laatiessa. Potilasohjeet eivät aina ole perinteistä terveystietoa ja ne saattavat muistuttaa esimerkiksi hallinnollisia ilmoituksia. Ihmisen sairastuessa on tärkeää,

että hänelle tarjotaan asianmukaista tietoa sairaudesta sekä siihen liittyvistä tutkimuksista ja hoidoista. Potilaan ahdistus ja pelko voivat vähetä ohjauksella ja opetuksella, lisäksi tarjottu tieto edistää potilaan valmiuksia osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä itsensä hoitamiseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, s. 22–24).

Kylänpään (2003, s. 75) mukaan kirjallisiin ohjeteksteihin tärkeys- tai vaihejärjestykseen kirjatut ydinasiat kertovat, kuinka tietyssä tilanteessa tulee toimia. Ohjetta laatiessa tulee huomioida ohjeen kohderyhmä ja milloin, missä sekä mitä halutaan tehtävän ja minkä takia, sekä keneltä saa asiasta lisätietoa. Ohjeen jakelu on myös pidettävä mielessä, ohje voi mielellään olla saatavilla useista eri lähteistä.

Hyvän potilasohjeen laatimisessa tulee ottaa huomioon kyseisen organisaation käytännöt ja se, että ohje soveltuu juuri tietyn laitoksen henkilökunnalle ja potilaille. Joitakin yleisiä ohjeita kirjallisten ohjeiden laatimiseksi voidaan kuitenkin antaa. Ohjeen laatijaa helpottaa yksikössä mahdollisesti käytössä oleva ohjepohja. Lisäksi yleiset käytännöt potilaiden puhuttelusta sekä esimerkiksi lääkkeiden ja välineiden kauppanimien käytöstä ohjeissa auttavat laatijoita. Ohjeiden kirjoittamisen lähtökohtina ovat sekä potilaan tiedontarpeet sekä laitoksen tarpeet ohjata potilaan toimintaa. On tärkeää että ohje puhuttelee potilasta, etenkin silloin, kun se ohjaa käytännön toimintaa. Kuvaavan otsikon lisäksi ensimmäisen virkkeen tulee kertoa, mistä ohjeessa on kysymys. Lukijan teitittely on ohjeissa aina sopivaa, sillä passiivin käyttö ohjeissa ei puhuttele lukijaa. Suoraa käskytystä tulee välttää ohjeissa, sillä ohje saattaa saada tylyn sävyn. Perustelemalla ja selittämällä voidaan eri toimintatapoja esitellä lukijalle ja näin auttaa lukijaa toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan. (Torkkola ym. 2002, s. 34–38).

Kirjallisissa potilasohjeissa tulisi tiedon edetä tärkeimmästä vähemmän tärkeään. Näin tärkein tieto on todennäköisesti luettu, vaikka potilas ei lukisikaan ohjetta loppuun saakka. Tekstin luettavuuteen vaikuttavat otsikot sekä väliotsikot. Otsikko aloittaa ohjeen ja kertoo ohjeen aiheen. Väliotsikot jakavat ohjeen sopiviin kappaleisiin ja kertovat tekstin olennaisimman osan. Ne ohjaavat lukijaa läpi tekstin. Hyvä kuvitus potilasohjeissa herättää mielenkiinnon ja auttaa ymmärtämään asian. Kuviin tulisi liittää kuvateksti, joka ohjaa kuvien luentaa. Mikäli sopivia tekstiä täydentäviä ja selittäviä kuvia ei ole, on parempi jättää kuvat pois, sillä lukija voi tulkita ns. kuvituskuvat monin eri tavoin. (Torkkola ym. 2002, s. 40–41).

Ohjeen varsinainen teksti tulee Torkkolan ym. (2002, s. 40–44) mukaan olla havainnollista yleiskieltä. Ohjetta laatiessa voi miettiä, kuinka kertoisi asian potilaalle kasvatusten monimutkaisten virkkeiden ja ammattisanaston välttämiseksi. Laatija voi myös miettiä, mitä kysymyksiä annetut tiedot herättäisi potilaassa, ja näin löytää lisäselvitystä vaativat kohdat tekstistä. Asiat tulee kertoa tapahtumajärjestyksessä ja jaotella eri kokonaisuudet omiin kappaleisiin. Hyvän ohjeen lopussa on yhteystiedot, mistä voidaan selventää annettua ohjeistusta, mikäli se on tarpeen. Yhteystietojen ilmoittaminen on erityisen tärkeää ohjeissa, joissa opastetaan tiettyjä toimintatapoja potilaalle.

Potilasohjeissa esiintyy usein joko liian pitkiä tai lyhyitä virkkeitä. Liian lyhyitä virkkeitä voi yhdistää keskenään, ja liian pitkiä virkkeitä erottaa toisistaan. Sanojen maksimimääräksi virkettä kohden suositellaan viittätoista sanaa. Ohjeissa saatetaan myös käyttää substantiivia ja verbiä yhdessä tarpeettomasti. Esimerkiksi verbien suorittaa, kohdistaa, toteuttaa ja tehdä käyttöä yhdessä substantiivin kanssa tulisi välttää. Ohjeet tulisi kirjoittaa aina aktiivimuodossa, jotta ohje olisi puhutteleva, eikä syntyisi epäselvyyttä siitä, kuka on tekijä. Lyhenteiden sekä vierasperäisten sanojen käyttöä ohjeissa tulisi välttää, tai ainakin selvittää niiden merkitys mikäli suomenkielistä vastinetta sanalle ei löydy. Ohjetta laatiessa on kuitenkin hyvä pitää mielessä, että yksinkertaisimpienkin asioiden selittäminen ohjeessa saattaa olla alentavaa potilasta kohtaan, vaikka asiat tuleekin ennemmin selvittää liian yksityiskohtaisesti kuin liian ylimalkaisesti. (Torkkola ym. 2002, s. 46–53).

Ohjeen ulkoasu on miellyttävä, kun teksti ja kuvat on aseteltu väljästi. Suunnittelu aloitetaan asettelumallista, joka toimii ohjeen pohjana, ja jonka mukaan teksti ja kuvat asetellaan paikoilleen. Valmiita asettelumalleja on suositeltavaa käyttää. Yksi- tai kaksisivuisen ohjeen asettelumalli on hyvä olla pystymalli vaakamallin sijaan. (Torkkola ym. 2002, s. 53–56). Ohjeessa on hyvä käyttää riittävän leveitä marginaaleja, jotka voivat olla myös keskenään eri levyisiä. Ohje on yleensä hyvä jakaa kahteen palstaan, joista toinen on otsikkopalsta. Varsinaisten tekstirivien minimipituus on 21–30 merkkiä, pisin rivi voi olla 80–90 merkkiä. Riittävän suuri riviväli tekee tekstistä selkeää luettavaa. Rivivälin koko tulee valita suhteessa fonttikokoon. Potilasohjeisiin tulee valita kirjasintyyppi, jonka kirjaimet erottuvat selkeästi toisistaan. Leipätekstissä sekä pitkissä otsikoissa suositellaan pienaakkosten käyttöä, suuraakkoset sopivat ainoastaan lyhyempiin otsikoihin. Otsikoiden erottamiseen tai leipätekstissä tietyn asian korostamiseen voidaan käyttää lihavoitua. (Torkkola ym. 2002, s. 58–59).

4 Teoreettinen tausta

Tässä kappaleessa kerrotaan opinnäytetyöhön olennaisesti liittyvää teoreettista taustatietoa. Kappaleessa on kuvattu ne rintojen tutkimusmenetelmät, joiden yhteydessä voidaan suorittaa rintarauhasen muutoksen lankamerkintä, sekä kuvattu sen kulku. Kappaleeseen on myös koottu tietoa rintojen tavallisimmista sekä hyvän- että pahanlaatuisista muutoksista.

4.1 Mammografia

Mammografia on palpatioon verrattuna herkkä rintojen tutkimusmenetelmä. Rasvakudos saadaan mammografiakuvissa erottumaan hyvin rintarauhaskudoksesta rinnan kompression avulla. Syöpä- ja muut sairaudet näkyvät mammografiakuvissa tiiviimpinä tai yhtä tiiviinä kuin rauhaskudos ja siksi mammografia onnistuukin parhaiten jos rinnassa on paljon rasvakudosta ja vähän rauhaskudosta. Tavallisesti rauhaskudos vähentyy iän myötä ja korvaantuu rasvakudoksella, joten syövät erottuvat helpommin vaihdevuosi-ikäen ylittäneiden, kuin nuorempien naisten mammografiakuvauksessa. (Dean & Dean 1991, s. 173–179). Useimmiten rinta kuvataan kahdessa eri projektiossa, viistoprojektiossa ja kraniokaudaaliprojektiossa käyttäen matalan kilovolttiarvon röntgensäteitä. Tarvittaessa voidaan lisä- tai suurennoskuvia ottaa, mikäli rintarauhaskudosta on jäänyt kuvausalueen ulkopuolelle, tai jos halutaan lisätietoa epäilyttävistä muutoksista. (Dean 2005, s. 241, 243).

4.1.1 Röntgensäteily

Röntgensäteily on sähkömagneettista säteilyä, joka voidaan luoda erityistä röntgenputkea käyttämällä. Röntgenputki sisältää anodin ja katodin, joiden välille voidaan säätää jännite. Lisäämällä pienempi jännite katodiin, saadaan aikaan irrallisia elektroneja, jotka sinkoutuvat kohti anodia. Elektroneiden osuessa anodiin muodostuu fotoneita, jotka ohjataan ulos röntgenputkeen tehdyn aukon kautta kohti kuvattavaa kohdetta. Osa fotoneista kulkee kuvattavan kohteen läpi muuttumattomina, ja osalla fotoneista on

vuorovaikutusta väliaineen kanssa. Vuorovaikutuksessa fotonit menettävät osan, tai koko energiansa väliaineeseen ja röntgenkuva muodostuu tämän vuorovaikutuksen perusteella. (Berglund & Jönsson 2007, s. 53–54).

Säteilyn haittavaikutukset ovat seurausta siitä, että fotonit menettävät energiaansa väliaineen atomeihin. Säteilyn vaikutukset riippuvat sädeannoksen suuruudesta, säteilyn tyypistä ja säteilylle altistuneen kudoksen tyypistä. Säteilyn vaikutukset voidaan jakaa deterministisiin, stokastisiin ja teratogeenisiin vaikutuksiin. Deterministiset vaikutukset ovat ennustettavissa olevia vaikutuksia, joiden ilmaantuvuuden todennäköisyys kasvaa nopeasti tietyn säteilyn kynnysarvon ylittyttyä. Vaikutuksen vakavuus kasvaa sädeannoksen kasvaessa. Stokastiset vaikutukset ovat satunnaisia, pitkän aikavälin vaikutuksia. Niiden ilmaantumisen todennäköisyys kasvaa sädeannoksen kasvaessa. Vaikutuksen vakavuus ei ole riippuvainen annoksen suuruudesta. Teratogeeniset vaikutukset ovat säteilyn vaikutuksia sikiöön. Näiden vaikutusten ilmaantumiseen on laskettu olevan tietyt raja-arvot, mutta myös satunnaisvaikutukset ovat mahdollisia. Sikiövaurioiden riski on sitä suurempi, mitä varhaisemmassa raskauden vaiheessa säteilyaltistus tapahtuu. (Berglund & Jönsson 2007, s. 134, 138, 140, 143–144).

4.2 Rintojen ultraäänitutkimus

Rintojen ultraäänitutkimus, eli kaikukuvaus, on merkittävä rintojen tutkimusmenetelmä erityisesti palpoituvien muutosten diagnostiikassa. Ultraäänen avulla voidaan esimerkiksi kystat useimmiten diagnosoida, sillä ne ovat kaiuttomia muutoksia. Mikäli kystan sisässä on kaikuja, voidaan kysta tyhjentää ohutneulalla ultraääniohjauksessa. Näin voidaan varmistua siitä, että kaiut ovat sakkaa tai verta, eikä kyseessä ole kasvain. Fibroadenoomien diagnosointiin tarvitaan lähes aina kuvantamisen lisäksi biopsia pahanlaatuisuuden poissulkemiseksi. (Dean, 2005, s. 245–246).

4.3 Rinnan muutokset

Rintojen hyvänlaatuisia muutoksia ovat adenoosi, kystat, mikrokystat, fibroadenoomat ja apokriininen metaplasia. Hyvänlaatuiset muutokset näyttävät usein mammografiakuvin normaailta rauhaskudokselta. Hyvänlaatuiset muutokset voivat saada aikaan kalkkeutumia rinnoissa. Kalkit voivat muistuttaa rintasyövän aiheuttamia kalkkeutumia, jolloin tarvitaan koepala kalkkeutumista. Bakteerit voivat aiheuttaa rintatulehduksen, tavallisimmin muutama viikko synnytyksestä. Inflammatorinen karsinooma saattaa joissain tapauksissa muistuttaa vaikeaa rintatulehdusta. Hoitamaton selluliitti saattaa aiheuttaa rintaan absessin, jota voidaan hoitaa tyhjentämällä sekä huuhtelemalla. (Dean, 2005, s. 252–253).

Rintasyöpä on naisten tavallisin syöpä. Keski-ikä taudin toteamisvaiheessa on noin 60 vuotta, mutta se voidaan todeta myös nuoremmilla naisilla. Myös mies voi sairastua rintasyöpään, uusia miesten rintasyöpiä todetaan noin 20 vuosittain. Rintasyövän aiheuttajaa ei tunneta, mutta riskitekijöitä sairauden syntyyn on tiedossa monia. Hormonitoimintaan liittyvät seikat, kuten kuukautisten aikainen alkamisikä ja myöhäiset vaihdevuodet, sekä vaihdevuosiin käytetty hormonikorvaushoito lisää sairastumisriskiä, samoin kuin myöhäinen synnytysikä ja synnytysten pieni määrä. Alkoholinkäyttö ja ylipaino ovat myös riskitekijöitä. Osan sairauksista aiheuttaa perinnöllinen alttius. Perinnölliseen alttiuteen voi viitata rintasyövän runsas esiintyminen lähisuvussa sekä nuorella iällä sairastuminen. Tavallisin rintasyövän oire on kyhmy rinnassa. Muita oireita kuten kipu, pistely, erite tai ihomuutoksia saattaa myös esiintyä. Rintasyövän alatyyppejä on kaksi: duktaalinen ja lobulaarinen. Duktaalinen rintasyöpä on tavallisin rintasyöpätyyppi. Lisäksi tunnetaan muutamia harvinaisempia tyyppejä kuten papillaarinen, musinöottinen, tubulaarinen ja kribriforminen. Näiden syöpätyyppien lisäksi voidaan myös syövän esiaste DCIS todeta rinnassa. (Vehmanen 2012).

Rintasyöpä on mammografiakuvin tavallisesti tähtimäinen tai pyöreä, epätarkkarajainen tiivis muutos. Joskus reunat saattavat olla vain hieman epätarkat ja tällöin muutoksen erottaminen fibroadenoomasta voi olla vaikeaa. Myös erittäin pienen rintasyövän erottaminen mammografiakuvista voi olla mahdotonta. Rintasyöpä aiheuttaa kalkkeutumia rintoihin noin kolmasosassa syöpätapauksista. Kalkkeutumat voivat myös liittyä hyvänlaatuisiin muutoksiin syövän läheisyydessä. (Dean, 2005, s. 253–254).

4.4 Palpoitumattomien tuumoreiden merkitseminen

Mikäli poistettava rintamuutos ei ole tunnusteltavissa sormin, tulee se merkitä, jotta voidaan varmistua siitä, että muutos on poistettu. Tavallisesti muutos merkitään koukkupäisellä metallilangalla. Lankamerkinnän jälkeen potilas menee leikkaukseen, missä muutos lankoineen poistetaan. Mikäli muutos näkyy ultraäänellä, viedään merkkilanka paikalleen ultraääniohjauksessa, sillä se on nopeampi ja helpompi menetelmä kuin mammografiaohjauksessa tehty lankamerkintä. Ultraäänianturi asetetaan muutoksen päälle ja viedään neula muutoksen viereen, samalla seuraten neulan kulkua ultraäänikuvassa. Merkkilanka viedään neulan läpi kudokseen, jolloin sen koukku aukeaa ja neula poistetaan merkkilangan jäädessä kudokseen. Mammografiaohjaus on tarpeen, mikäli muutos ei näy ultraäänen avulla. Silloin rinta kiinnitetään reikälevyn avulla paikalleen ja otetaan mammografiakuva. Kuvan perusteella asetetaan neula rintaan ja viedään se muutosta syvemmälle. Rinnasta otetaan uusi kuva jolla varmistetaan neulan sijainti. Rinta irrotetaan reikälevyn puristuksesta niin, että neula jää paikalleen rintakudokseen. Uusi röntgenkuvaus suoritetaan kohtisuoraan ensimmäistä mammografiakuvaa vasten, niin nähdään kuinka syvällä neula on. Neula asetetaan n. 1 cm syvemmälle kuin muutos ja merkkilanka asetetaan neulan kautta rintakudokseen. Neula poistetaan ja rinta kuvataan kahdesta eri suunnasta, jotta leikkaava kirurgi näkee langan sijainnin suhteessa rintamuutokseen. Kun rintamuutos on poistettu, on poistetun preparaatin mammografiakuvauksella varmistettava, että koko muutos on saatu poistettua. Tämä kuvaus suoritetaan leikkauksen aikana, jotta kirurgi voi poistaa lisää kudosta, mikäli rintamuutos ei ole mukana preparaattikuvassa. (Dean, 2005, s. 249–250).

5 Aikaisempia tutkimuksia

Etsin potilasohjeisiin liittyviä artikkeleita Ebsco- ja Medic-tietokannoista. Ebsco on kansainvälinen tietokanta, joten englanninkielisten hakusanojen käyttö oli aiheellista. Hakusanoiksi valitsin *patient education* ja *written material*, jolloin hakutuloksia saatiin 54 kappaletta. Osa näistä artikkeleista keskittyy jonkin tietyn sairauden itsehoitoon, tarkasti johonkin tiettyyn toimenpiteeseen tai tiettyyn väestöryhmään, enkä siksi ottanut niitä mukaan katsaukseen, sillä oma opinnäytetyöni käsittelee kirjallista potilasohjetta, jonka tarkoitus on auttaa rintamuutoksen lankamerkkaukseen valmistautumisessa. Tarkoitukseen sopivia artikkeleita löytyi tiivistelmien perusteella 2 kappaletta. Medic-tietokanta tuotti hakusanalla *potilasohje* 45 osumaa, joista osa ei ollut tieteellisiä artikkeleita ja osa ei sopinut tarkoitukseeni, sillä ne koskivat lääkehoitoa tai elämäntapaneuvontaa. Sopivia artikkeleita löytyi lopulta manuaalisella haulla *Hoitotiede*-lehtien vuosikerroista. Tiivistelmien perusteella valikoitui 4 kirjallisia potilasohjeita koskevaa artikkelia.

Hoffmannin & Worrallin (2004) tutkimuksessa selvitettiin, kuinka laaditaan tehokas ja toimiva kirjallinen potilasohje. Tarkoituksena on ollut tunnistaa seikat, joista ollaan yksimielisiä potilasohjeiden laatimisessa ja seikat, joiden käyttämisestä potilasohjeissa on erimielisyyksiä, sekä potilasohjeiden laatimista koskevien suositusten kokoaminen terveydenhuollon ammattilaisille. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena selvisi, että useista potilasohjeisiin sisällytettävistä seikoista vallitsee yhteisymmärrys. Lisätutkimuksia tarvitaan tiettyjen elementtien, kuten potilasohjeiden kuvituksen, vaikuttavuudesta. Hoffmann ja Worrall (2004) laativat taulukon, johon on koottu potilasohjeessa huomioitavat asiat. Asiat on jaettu sisältöä, ulkoasua, kieltä, järjestystä, kuvitusta ja oppimista sekä motivaatiota koskeviin ryhmiin. Potilasohjeesta tulee käydä ilmi sen tarkoitus ja tekijät. Lisäksi tiedon tulee pitää paikkansa ja keskittyä ohjeistukseen toiminnasta. Kieli ei saa olla holhoavaa tai tuomitsevaa, lauseiden ja sanojen tulee olla lyhyitä ja sanaston yleiskielistä. Ulkoasun tulee olla selkeä ja kontrastin tekstin ja taustan välillä riittävä. Kirjasinkoko on hyvä olla vähintään 12. Potilaan näkökulmasta tärkeimmän tiedon tulee olla ohjeen alussa. Alaotsikoiden ja pisteluetteloiden käyttö on suotavaa. Kuvitusta tulee käyttää ainoastaan silloin, kun se edistää potilaan ymmärrystä opittavasta asiasta. Ohjeeseen voi sisällyttää aktivoivia tekijöitä, esimerkiksi tyhjän tilan muistilistalle.

Hoffmann ja Worrall (2004) eivät olleet löytäneet tutkimuksia kaikkien potilasohjeiden piirteiden vaikuttavuudesta ja lisätutkimuksia aiheesta tarvitaan. Tutkijat pitivät tärkeänä potilasohjeen kielellisen tason huomioimisen lisäksi muidenkin listaamiensa seikkojen huomioimista, sekä potilaiden ottamista mukaan ohjeiden suunnitteluun ja ohjeiden kokeilemista ennen käyttöönottoa.

Demir, Ozsaker ja Ozcan Ilce (2008) ovat tutkineet kirjallisten potilasohjeiden laatua ja soveltuvuutta. Tutkimuksessa on arvioitu 59 potilasohjeen laatua ja soveltuvuutta. Ohjeet on kerätty eri lähteistä, osa yliopistollisista sairaaloista, osa valtion sairaaloista ja osa yksityisistä sairaaloista. Materiaalista 18 kappaletta oli vihkoja, 25 kappaletta esitteitä ja 16 yhden sivun ohjeita. Aineistonkeruu suoritettiin yhteensä 139 eri klinikalla, mutta ainoastaan 59 ohjetta löydettiin. Kaikki liittyivät kirurgisiin toimenpiteisiin. Ohjeet arvioitiin käyttämällä kahta eri menetelmää: DISCERN-mittaria sekä The evaluation of the suitability of written education materials -lomaketta. Vihot arvioitiin molemmilla menetelmillä ja esitteet ja yksittäiset sivut The evaluation of the suitability of written education materials -lomakkeella. Molemmat menetelmät on kehitetty aiemmissa tutkimuksissa. Aineiston analysoinnissa käytettiin tilastollista analyysia.

Tutkimuksessa vihkojen tiedollinen laatu sekä luotettavuus saivat matalat pisteet arvioinnissa. Yleinen laatu oli keskimääräistä tasoa. Näiden ominaisuuksien perusteella luokiteltiin vihkojen laatu hieman alle keskimääräistä tasoa. Ohjeiden soveltuvuus yleisesti oli keskimääräistä tasoa. Heikoimmat soveltuvuuden osa-alueet olivat sisältö sekä kuvien ja taulukoiden käyttö. Oppimisen ja motivaation osa-alueet olivat keskitasoa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että yli puolella tutkimuksessa mukana olleilla klinikoilla ei ollut kirjallisia ohjausmateriaaleja käytössä lainkaan. Potilasohjaukseen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. Tutkijat ehdottavat myös, että ohjausmateriaali laadittaisiin olemassa olevien suositusten mukaisesti kohderyhmä huomioiden.

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) tutkimus on katsaus hoitotieteellisiin potilasohjausta käsitteleviin tutkimuksiin vuosilta 1995–2002. Tutkimuksen aineisto on kerätty Medline-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista ja aineisto on analysoitu induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Kansainvälisissä tietokannoissa Kääriäinen ja Kyngäs (2005) käyttivät hakusanoja ”counseling”, ”patient education”, ”patient teaching” ja ”patient information”. Hakutulokset rajattiin hoitotieteellisiin julkaisuihin vuosilta 1995–2002. Näistä aineistoon valittiin tiivistelmän perusteella 84 kappaletta ja lisäksi mukaan valittiin lähdeviitteistä

löytyneet 7 sopivaa artikkelia. Kansallisesta Medic-tietokannasta aineistohaussa käytettiin hakusanoja ”ohjau*” ja ”potilas-ohjau*”. Hakutuloksista mukaan valittiin hoitotieteelliset artikkelit, joita löytyi 5 kappaletta vuosilta 1995–2002. Tutkimusaineisto koostui kaikkiaan 96 artikkelista.

Aineiston analyysi toteutettiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Aineisto sisälsi kolme selkeää teemaa: potilasohjauksen toteutus, potilaiden käsitykset ohjauksesta sekä ohjauksen vaikutukset. Aineisto koodattiin ja kategorisoitiin teemoittain. Potilaiden käsitykset ohjauksesta on kuvattu kolmen kategorian avulla: tyytyväisyys ohjaukseen, ohjaustarpeet ja niiden arviointi, ohjauksen riittävyys ja omaisten rooli ohjauksessa.

Osa potilaista oli ohjaukseen tyytyväisiä ja osa tyytymättömiä. Tyytymättömyyttä aiheutti niukka ohjaus ja tyytyväisyyttä riittävä tieto sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaiden ohjaustarpeet liittyivät tietoon ja tukeen. Niiden tunnistamisesta saatiin tutkimuksessa vaihtelevia tuloksia. Joidenkin tutkimusten mukaan potilaat eivät tunnistaneet ohjaustarpeitaan vaan pitivät tärkeinä niitä asioita, jotka ohjauksessa otettiin esille, kun toisissa tutkimuksissa ohjaustarpeitaan parhaiten tunnistivat pitkään sairastaneet potilaat ja ne potilaat, jotka itse olivat aktiivisia tiedonhankinnassa. Ohjaustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä olivat ikä, koulutus, sukupuoli, siviilisäätö, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutukset. Ohjaus ei aina ollut riittävää hoitohenkilökunnasta tai potilaasta tai molemmista johtuvista seikoista. Potilaat saattoivat välttää ohjausta tai kieltää tai unohtaa ohjauksessa käsiteltyjä asioita. Potilaan ohjaustarpeita ei aina huomioitu ja ohjausta saatettiin välittää potilaan sijaan ensiksi jollekin toiselle. Hoitohenkilökunnan kiire ja tiedon puute sekä hoitohenkilökunnan ja potilaiden eriävät käsitykset ohjauksen sisällöstä hankaloittivat ohjausta. Hoitohenkilökunta saattoi uskoa tarjoavansa riittävästi ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta ja tarjoavansa potilaille mahdollisuuden tunteidensa käsittelyyn, vaikka potilaat saattoivat kokea nämä asiat puutteellisiksi. Potilaat toivoivat omaisten mukaan ottamista ohjaukseen, mutta usein tähän ei tarjottu riittävästi tukea.

Ohjaus toteutettiin useimmiten suullisesti ryhmä- tai yksilöohjauksena, mutta myös kirjallista ja audiovisuaalista materiaalia käytettiin ohjauksessa. Suullinen ohjaus mahdollistaa kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen ja siksi ohjaus toteutettiin useimmiten suullisesti. Yksilöohjauksen katsottiin olevan oppimisen kannalta tehokkaampaa. Kirjallista ohjausmateriaalia käytettiin paljon, mutta potilaat eivät aina ymmärtäneet sen sisältöä. Kirjallinen materiaali auttoi potilaita lisäämään, säilyttämään ja palauttamaan

tietoa mieleensä. Kirjallinen materiaali oli toimiva menetelmä silloin, kun se tuki suullista ohjausta. Audiovisuaalista ohjausta käytettiin melko vähän. Äänikasetit ja videot mahdollistivat ohjauksen oikean ajoituksen, mutta potilaille pitäisi tarjota mahdollisuus keskustella niiden sisällöstä hoitohenkilökunnan kanssa. Audiovisuaalinen ohjaus vaatii resursseja, mutta sen avulla voidaan tarjota ohjausta myös omaisille ja se auttaa väärinkäsitysten oikaisemisessa ja asioiden palauttamisessa mieleen.

Ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan toimintakykyyn, mielialaan, elämänlaatuun sekä hoitoon sitoutumiseen. Tehostettu ohjaus vähensi lääkkeiden käyttöä, sairauspäiviä, hoitokäyntejä ja lisäsi itsehoitoa sekä potilaiden tietoja sairaudesta, sen vaikutuksista ja hoidosta. Ohjaus lisäsi myös omaisten tietoja ja lisäsi turvallisuuden tunnetta, sairaudesta selviämistä sekä lievensi sairaudesta aiheutunutta ahdistusta.

Tutkimuksen pohdinnassa määritellään ohjauksen minimitalvoitteeksi potilaan kotona selviytyminen ja itsensä hoitamisen mahdollistaminen. Hoitoaikojen edelleen lyhentyessä on yksilöllisen ja riittävän ohjauksen tarjoaminen haasteellista. Hoitohenkilökunnan tulisi auttaa potilaita tunnistamaan hoitotarpeitaan ja otettava ammatillinen vastuu riittävien perustietojen ja taitojen tarjoamisesta potilaalle. Omaisten mukanaolo ohjauksessa voisi tehostaa ohjausta. Kirjallinen ohjausmateriaali on tehokasta, mikäli se on ajantasaista ja tukee suullista ohjausta. Kirjallisen materiaalin yksilöllisyys on haaste, jossa tietotekniikan käytön lisäämisestä saattaa olla hyötyä. Tietotekniikka saattaa kuitenkin asettaa potilaita eriarvoiseen asemaan ja vähentää vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa. Ohjauksen vaikutusten osoittaminen on hankalaa. Interventiotutkimuksissa on kuitenkin osoitettu ohjauksella olevan positiivisia vaikutuksia. Monipuolisempia ja luotettavampia tutkimuksia tarvitaan kuitenkin edelleen.

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) tutkimus on aineistoltaan laajaa perusjoukkoa edustava, sillä aineisto on kansainvälinen ja kerätty eri lähteistä. Artikkeleiden tulokset ja sisältö ovat samankaltaisia, joten aineisto vaikuttaa melko homogeeniselta, vaikkakaan täyttä varmuutta siitä ei ole.

Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi (2005) arvioivat tutkimuksessaan erään yliopistosairaalan kaikki intranetistä löytyneet 611 potilasohjetta poikkileikkaustutkimuksena. Tutkimuksen tarkoitus on arvioida potilasohjeet osana potilasopetuksen kehittämishanketta, jonka

tavoite on parantaa potilaiden mahdollisuuksia hallita omaan terveyteen liittyviä ongelmia ja lisätä osallistumista omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Tutkimuksessa selvitettiin intranetistä löytyvän potilasohjausmateriaalin ominaisuuksia ja eroja eri yksiköiden laatimien ohjeiden välillä. Kirjallisuuskatsauksessa on selvitetty kirjallisen ohjausmateriaalin roolia potilaan hoidossa sekä kirjallisen ohjausmateriaalin arviointiperusteita.

Tutkimuksen aineisto koostuu 611 potilasohjeesta, jotka keväällä 2002 olivat saatavilla yliopistosairaalan intranetistä. Ohjeet koodattiin ja analysoitiin tätä tarkoitusta varten kehitetyllä analyysikehyksellä ja niitä verrattiin sekä tarkoituksen perusteella että toimialoittain. Tulokset analysoitiin tilastollisella analyysillä. Ohjeista lähes puolet oli valmistautumisohjeita erilaisiin tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin, 17 liittyi tutkimusten seurantaan tai jälkihoitoon ja 11 % ohjeista liittyi sosiaalietuuksiin ja kuntoutusohjaajien palveluihin. Muita ohjeiden aiheita olivat mm. pitkäaikaissairauksien hoito, sairauksien syyt, diagnostiikka, ennuste sekä hoitomuodot. Potilasohjeiden ulkoasuun liittyvät ominaisuudet olivat suurimmassa osassa hyvät, teksti riittävän suurta ja kieli virheetöntä, mutta ainoastaan 42 % ohjeista oli opetuksellisuuden osalta asianmukaisia. Ohjeista pystyttiin toimialan mukaan erottelamaan parhaiten ja huonoiten toimivia ohjeita. Mikään toimiala ei sisällöllisesti kuitenkaan täyttänyt hyvän potilasohjeen kriteerejä ja kaikissa ohjeissa eniten kehittämistä vaativatkin sisällölliset seikat.

Tutkimuksen pohdinnassa ja johtopäätöksissä todetaan, että ohjeissa tulisi käsitellä enemmän kokemuksellisia asioita, sillä tiedetään, että ohjeilla voidaan esimerkiksi vähentää potilaiden pelkoja. Lähes kaikkien ohjeiden opetuksellisuutta ja luettavuutta tulisi parantaa. Omaisten huomiointi ohjeissa oli harvinaista. Opastus siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa puuttui muista kuin kotihoito-ohjeista. Eettiset asiat, kuten potilaan oikeudet, olivat myös vähän käsiteltyjä asioita ohjausmateriaaleissa.

Tutkimusaineiston analyysi suoritettiin tätä tarkoitusta varten laaditulla, esitestatulla analyysikehyksellä. Mittarin luotettavuutta täytyy varmistaa käyttämällä sitä tulevissa tutkimuksissa, sillä se oli käytössä nyt ensi kertaa. Mittari arvioidaan kuitenkin toimineen melko hyvin ja sen reliabiliteettia lisää analysoiden suuri määrä. Tutkimusotos on edustava, sillä kyseessä on kokonaisotos erään sairaalan kirjallisista ohjeista. Tulosten yleistäminen muihin sairaaloihin on kuitenkin hankalaa, joskin tuloksia voidaan käyttää vertailukohtena tulevissa tutkimuksissa.

Heikkinen, Johansson, Leino-Kilpi, Rankinen, Virtanen ja Salanterä (2006) ovat tutkineet potilasohjausta suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata sairaalapotilaan ohjausta ja tiedonsaantia potilaan näkökulmasta tarkasteltuna suomalaisissa opinnäytetöissä. Tutkimuksessa on selvitetty potilasohjaukseen liittyvien opinnäytetöiden tarkoitukset, tavat, joilla potilasohjausta ja tiedonsaantia on tutkittu, millaista tietoa potilaille on välitetty sekä millaisia ohjausmenetelmiä on käytetty.

Tutkimusaineisto koostui vuosina 1990–2003 tehdyistä potilaanohjausta käsittelevistä hoitotieteellisistä opinnäytetöistä. Opinnäytetöiden tuli käsitellä potilasohjausta potilaan näkökulmasta, tiedonantajana töissä tuli olla potilas ja tutkimusten tuli olla suomalaisia hoitotieteen opinnäytetöitä vuosilta 1990–2003. Tutkimukset kerättiin pääosin hoitotieteen koulutuslaitosten opinnäytetyöluetteloista ja Medic-tietokannasta. Aineistoon valikoitui 50 opinnäytetyötä, joista yksi oli väitöskirja.

Tutkittujen opinnäytetöiden tarkoitus oli 25 työssä käytännön ohjaustilanteen tarkastelu ja sen toteutuminen. 15 opinnäytetyössä tarkasteltiin potilaille välitettyä tiedon määrää ja 9 työssä potilaan tiedontarvetta tai molempia. Yhdessä työssä tarkoituksena oli hyvän hoidonohjauksen käsitejärjestelmän luominen. Myös muita tarkoituksia saattoi esiintyä.

Opinnäytetöiden aineistot olivat kooltaan viidestä potilaasta 855:een. Suurin potilasryhmä olivat kirurgiset potilaat. Useimmiten työt kohdistuivat yhden sairaalan tai osaston potilaisiin, useimmiten kyseessä oli yliopistollisen sairaalan potilaat. Aineistot kerättiin 29 työssä kyselylomakkeilla, teemahaastattelua oli käytetty 14 työssä. Kolmessa työssä oli käytetty kahta eri aineistonkeruumenetelmää. Kyselylomakkeet oli laadittu useimmiten kyseisiä tutkimuksia varten ja testattu etukäteen. Tiedonkeruu tapahtui useimmiten hoitotapahtuman jälkeen, mutta myös sen aikana tai sitä ennen. Tilastollista analyysia oli käytetty 30 opinnäytetyössä ja sisällön analyysia 15 työssä.

Potilaille tarjottu tieto oli 25 opinnäytetyössä biologis-fysiologista ja eniten tietoa tarjottiin itse sairaudesta. Lisäksi tarjottiin tietoa lääkityksestä, leikkausta edeltävistä seikoista ja jälkihoidosta. Myös kivusta, rajoituksista ja oireiden tarkkailusta oli tarjottu tietoa. Toiminnallista tietoa olivat tiedot toimintatavoista, elämäntavoista ja fyysisistä toiminnoista. Sosiaalis-yhteisöllistä tietoa olivat tiedot hoitajien tai omaisten tuesta ja

työhön menosta. Kokemuksellista tietoa toimenpiteen aiheuttamista tuntemuksista tarjottiin, mutta eettisiä ja taloudellisia tietoja ei tarjottu lainkaan.

Potilaiden tiedontarve ei rajoittunut ainoastaan biologis-fysiologiseen tietoon, vaikkakin sitä kaivattiin eniten. Toiminnallista tietoa kaivattiin myös, erityisesti tietoa sairauden tai hoidon vaikutuksista, kotihoidosta ja toiminnasta kotona. Sosiaalis-yhteisöllistä tietoa, esimerkiksi tukimahdollisuuksista ja eri järjestöjen toiminnasta, kaivattiin myös. Kokemukselliseen osa-alueeseen kaivattiin tietoja tuntemuksista. Potilaat kaipasivat myös tietoa oikeuksistaan ja taloudellisista asioista. Potilaat pitivät tärkeimpänä biologis-fysiologista tietoa sekä toiminnallista tietoa.

Ohjausmenetelmiä, sisältöä tai ohjauksen toteuttajaa ei ollut usein kuvattu opinnäytetöissä. Ohjaus oli useimmiten yksilöohjausta poliklinikkakäynnin tai osastohoidon yhteydessä. Ryhmäohjausta, kirjoja, videoita ja puhelinohjausta sekä omaisten mukanaoloa oli potilaiden taholta joissain tapauksissa toivottu.

Tutkimuksen tulokset ovat jokseenkin yleistettävissä koskemaan sairaalapotilaita yleisesti, sillä opinnäytetöiden aineistoja on kerätty useista suomalaisista sairaaloista. Aineisto on lisäksi melko laaja. Aineistosta on saattanut jäädä pois mahdollisesti merkittäviä töitä, sillä aineistot valittiin tiivistelmien perusteella harkinnanvaraisesti. Opinnäytetöissä on käytetty erilaisia tapoja tutkimustulosten esittelyssä, mikä vaikuttaa negatiivisesti tutkimuksen sisäiseen validiteettiin. Opinnäytetöiden aineistojen kokoja ja kohderyhmiä tulisi laajentaa, jotta saataisiin yleistettävämpää tietoa. Aineistot on kerätty pääosin uusilla kyselylomakkeilla, joten olisi syytä keskittyä olemassa olevien mittareiden käyttöön sekä aineistonkeruun ajankohtaan koko prosessin kattavan tiedon keräämiseksi.

Eniten tietoa välitettiin, arvostettiin ja kaivattiin biologis-fysiologiselta alueelta. Eettisistä ja ekonomisista alueista ei tietoa ollut välitetty lainkaan ja kokemukselliselta alueelta oli enimmäkseen tietoa leikkaukseen liittyvistä tuntemuksista. Välitetty tieto vaikuttaa olevan liian kapea-alaista tai se ei kohtaa potilasta. Ekonimisen osa-alueen tietojen välittämisen saatetaan katsoa kuuluvan ainoastaan sosiaalihoitajalle, riippumatta siitä tapaako potilas lainkaan sosiaalihoitajaa hoitonsa yhteydessä. Tulevaisuudessa tulisi keskittyä ohjausmenetelmien vaikuttavuuteen ja tuloksellisuuteen ja potilaan voimavaroja tukevaan ohjaukseen hoitoaikojen edelleen lyhentyessä.

Laiho, Ryhänen, Eloranta, Johansson, Kaljonen, Salanterä, Virtanen & Leino-Kilpi (2008) ovat arvioineet yhden sairaanhoitopiirin diagnostisen radiografian kirjallisia potilasohjeita tutkimuksessaan. Potilasohjeet on arvioitu vuonna 2001 ja toisen kerran vuonna 2004. Arviointien välissä on kehitetty sairaanhoitopiirin ohjeita. Tutkimuksen tavoitteena oli ohjeiden kehittämisen kautta tukea potilaiden voimavaraistumista. Tutkimuksessa selvitettiin millaisia ohjeet ovat ulkoasultaan, opetuksellisuudeltaan, sisällöltään, kieleltään ja rakenteeltaan sekä luettavuudeltaan. Lisäksi selvitettiin eroja näissä ominaisuuksissa eri arviointikerroilla. Tutkimus koostui kahdesta poikkileikkaustutkimuksesta ja aineisto koostui yhden sairaanhoitopiirin elektronisessa muodossa löytyneistä potilasohjeista. Vuonna 2001 ohjeita oli 26 kappaletta ja vuonna 2004 muutama enemmän. Ohjeet olivat tyypiltään joko toimenpidettä kuvaavia tai ohjeita, jotka koskivat esivalmisteluja ja jälkihoitoa. Aineisto analysoitiin kirjallisten potilasohjeiden analysointiin tarkoitettua analyysikehystä käyttämällä. Analyysikehysten avulla tutkittiin ohjeiden ulkoasua, opetuksellisuutta, sisältöä sekä kieltä ja rakennetta. Ohjeiden luettavuus arvioitiin Wiion luettavuuskaavalla. Analyysikehysten kysymysten vastausvaihtoehdot muutettiin lukuarvoiksi ja tulokset analysoitiin tilastollisesti SAS-ohjelmalla.

Tutkimuksen tuloksissa ensimmäisellä mittauskerralla ohjeen tekijöiden tiedot puuttuivat kaikista ohjeista. Tekijät oli lisätty ohjeisiin toisella arviointikerralla. Ohjeiden ulkoasu oli pääosin hyvä molemmilla mittauskerroilla. Kuvien ja taulukoiden käyttöä oli lisätty toisella mittauskerralla ja kehitytty sanojen korostuksessa, pienten kirjainten käytössä ja virheettömyydessä. Ohjeiden opetuksellisuus oli kehittynyt ensimmäisen mittauskerran puutteellisesta tasosta lähelle hyvää tasoa. Ohjeen tarkoitusta ei ollut kummallakaan mittauskerralla ilmaistu ohjeissa. Ohjeiden sisällölliset ominaisuudet olivat kehittyneet mittauskertojen välillä tilastollisesti merkittävästi. Ohjeiden kielelliset ja rakenteelliset ominaisuudet olivat jo ensimmäisellä mittauskerralla lähes hyviä, ainoastaan yhteenveto ohjeen sisällöstä oli puutteellinen molemmilla mittauskerroilla. Tekstin aktiivimuoto ja pääasian korostaminen oli kehittynyt mittauskertojen välillä. Ammattisanaston käyttö oli lisääntynyt ja vieraiden sanojen määrittely vähentynyt ohjeissa ensimmäisen ja toisen mittauskerran välillä. Ohjeiden luettavuus oli parantunut vaikeasta tasosta keskinkertaiseen yli 50 % ohjeissa, 49 %:ssa ohjeita oli molemmilla mittauskerroilla käytetty luettavuudeltaan vaikeaa tekstiä. Yhteenvetona tulisi ohjeissa edelleen kehittää luettavuutta, ohjeiden tarkoituksen kuvaamista, läheisten huomioimista sekä taloudellisten

ja kokemuksellisten seikkojen kuvaamista. Kuvien lisääminen ja vieraskielisten sanojen vähentäminen on myös aiheellista.

Tutkimuksessa käytetty analyysikehys on todettu aiemmissa tutkimuksissa kohtuullisen luotettavaksi ja se perustuu laajaan aiempaan tutkimustietoon. Kaksi tutkijaa on arvioinut ja analysoinut ohjeet ja lisäksi käytettiin erityistä rinnakkaisarviointia, jonka tuloksena voidaan analyysin tulosta pitää melko luotettavana. Tutkijoilla ei muodostunut suhdetta tutkittaviin, sillä aineisto kerättiin kirjallisesta materiaalista, joten eettiset ristiriidat eivät vaikuttaneet analysointiin. Jatkotutkimuksen aiheiksi tutkijat ehdottavat kirjallisten ohjeiden edelleen kehittämistä myös muissa yksiköissä. Ohjeiden vaikuttavuudesta tarvitaan edelleen lisää tietoa.

6 Tutkimuksen toteutus

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyön toteutustapa. Opinnäytetyöni on toiminnallinen opinnäyteyö, jonka tarkoituksena on potilasohjeen laatiminen rintamuutoksen lankamerkintään tuleville potilaille. Aineistona käytettiin kuvantamisyksiköstä löytynyttä rintamuutoksen lankamerkintää koskevaa kirjallista materiaalia sekä mammografiahoitajien teemahaastatteluilla kerättyä materiaalia. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2012 aiheen miettimisellä. Kliinisen mammografian käytännön harjoittelussa olin huomannut kuvantamisyksikköön tulevilla potilailla epätietoisuutta leikkausta edeltävästä rintamuutoksen lankamerkkauksesta. Heräsi ajatus potilasohjeen laatimisesta tutkimuksia varten. Lankamerkkauksesta ei kirjallista potilasohjetta ollut olemassa. Ehdotin ohjeen laatimista kyseiselle kuvantamisyksikölle ja ehdotukseeni suostuttiin. Työ jatkui tutkimuksen tavoitteen, tarkoituksen ja tutkimuskysymysten pohtimisella. Ne muotoutuivat melko helposti selkeän aiheen ansiosta. Tutkimuskysymyksiä on opinnäytetyöprosessin aikana kuitenkin koko ajan pohdittu ja muokattu. Teoreettisten lähtökohtien ja taustan muotoilu ja täydennys jatkui läpi talven 2012–2013. Tutkimustyyppiksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö, se oli luontevaa kun tarkoituksena on luoda konkreettinen tuote, potilasohje. Aiemmat tutkimukset aiheesta etsittiin Ebsco-tietokannasta ja manuaalisella haulla. Kirjallisia potilasohjeita koskevia artikkeleita löytyi jonkin verran ja

niistä laadittiin katsaus opinnäytetyöhön. Aineistonkeruu aloitettiin kuvantamisyksiköstä löytyvien rintamuutoksen lankamerkkaukseen liittyvien dokumenttien keräämisellä. Niitä löytyi 1 kappale, ammattilaisille tarkoitettu kirjallinen ohje rintamuutoksen lankamerkkauksesta. Dokumentti analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Aineistonkeruu jatkui kahden mammografiahoitajan haastattelulla. Haastattelun tyypiksi valikoitui teemahaastattelu, koska kun tarkoituksena on kerätä tietoa tietystä aiheesta, sopii teemahaastattelu hyvin aineistonkeruumenetelmäksi (Hirsjärvi & Hurme 2000, s. 66; Vilka & Airaksinen 2003, s.63–64) . Haastatteluissa kerätty aineisto analysoitiin myös laadullista sisällönanalyysia käyttäen. Aineiston perusteella laadittiin kirjallinen potilasohje käyttäen apuna luvussa 3.3.2 käsiteltyjä kirjallisen potilasohjeen perusteita. Lisäksi ohjeen laatimisessa otettiin huomioon kyseisen sairaalan kirjallisia potilasohjeita koskevat yleiset ohjeet.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyöni on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tähtää käytännön toiminnan ohjeistamiseen, järjeistämiseen, järjestämiseen tai ohjaamiseen ja siinä yhdistyy käytännön toteutus ja sen raportointi. Toteutustapana voi olla esimerkiksi tapahtuma, tila, kansio, kirja, portfolio, opas, vihko tai kotisivut. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön on usein liitettävä selvitys, jotta ammattikulttuurien tiedot ja taidot tavoitettaisiin. Opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, sillä ammattikorkeakoulutuksen tavoite on, että opiskelijalla on valmiudet koulutuksen jälkeen alansa asiantuntijatehtäviin ja siihen liittyvään kehittämiseen ja tutkimukseen. (Vilka & Airaksinen 2003, s. 9–10).

6.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on jonkin ilmiön ymmärtäminen, kuvaaminen ja tulkitseminen. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen, kuten lukuihin perustuvassa määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksista ja näkemyksistä, asioiden merkityksistä. Tutkija on

tiedonkeruun ja analysoinnin väline, jolloin tutkittavaan on suora kontakti. Laadullinen tutkimus sopii hyvin ennestään tuntemattomien aihealueiden tutkimukseen. Sitä voidaan käyttää myös esitutkimuksena ilmiön kartoittamiseen ennen määrällistä tutkimusta. Laadullinen tutkimus on joustava ja sallii perusteellisten analyysien teon. Laadullinen tutkimus antaa ymmärrettävän kuvan ilmiöstä ja sen avulla voidaan kuvata esimerkiksi ihmisen ajattelua, mikä on haasteellista, ellei mahdotonta, määrällisin keinoin. (Kananen 2008, s. 24–25, 30–32).

6.3 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyöni toiminnallisen osuuden laatimista varten käytettiin valmista aineistoa erilaisten toimeksiantajalta ja löytyneiden kirjallisten dokumenttien muodossa. Niitä löytyi 1 kappale, ammattilaisille tarkoitettu kirjallinen ohje rintarauhasen muutoksen lankamerkinästä. Aineistojen keruussa on pyrittävä tarkoituksenmukaisiin ja taloudellisiin ratkaisuihin, eikä aineiston hankkimismenetelmät vaikuta opinnäytetyön arvoon. Jos valmis aineisto ei riitä vastaamaan kaikkiin tutkimusongelmiin, on aineistoa täydennettävä itse kerätyllä lisäaineistolla. (Hirsjärvi 2009, s. 186). Valmista kirjallista aineistoa löytyi kuvantamisyksiköstä niukasti, joten päädyin täydentämään aineistoa kahden mammografiahoitajan haastattelulla. Haastattelutyypiksi valikoitui teemahaastattelu, jossa haastattelu on kohdennettu tiettyihin teemoihin ennalta laadittujen, yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Suunnitteluvaiheessa laaditaan teema-alueet yksityiskohtaisten kysymysten sijaan ja näistä alueista esitetään kysymyksiä haastattelutilanteessa. Tavallista on, että teemahaastattelussa tietojen tarkentajana toimii myös haastateltava eikä vain tutkija. Haastatteluaineistossa tärkeää on aineiston laatu, eikä niinkään määrä, ja aineiston on oltava monipuolista sekä kuvattava tutkimusongelmaa riittävän kattavasti. Kun tarkoituksena on kerätä tietoa tietystä aiheesta tai tehdä asiantuntijan konsultaatio, toimii teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, s. 66; Vilka & Airaksinen 2003, s.63–64).

Haastattelulle ominaista on kahden ihmisen välinen viestintä ja kielen merkitys. Haastattelussa tulee ottaa huomioon ihmisen subjektiivisuus ja sosiaalisten yhteisöjen merkitys sekä haastateltavan suhde näihin yhteisöihin. Sen lisäksi, että haastateltava pyrkii välittämään mielellistä suhdetta maailmastaan ja haastatteliija selvittämään kuinka

merkitykset asioista haastateltavalle rakentuvat, luodaan haastattelutilanteessa myös yhteisiä merkityksiä. Haastatteluvastaukseen sisältyy myös aina haastattelijan läsnäolo, sekä hänen tapansa esittää kysymykset. Myös aiemmat kysymykset ja vastaukset vaikuttavat haastatteluvastaukseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, s. 48–49).

6.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivista sisällön analyysia käyttäen. Sisällön analyysilla voidaan analysoida erilaisia dokumentteja. Sisällön analyysia käyttämällä voidaan tutkittavaa ilmiötä kuvailla, kvantifioida ja järjestää. Induktiivisessa sisällönanalyysissa analyysiprosessi on aineistolähtöinen. Aineistosta valitaan analyysiyksiköt, jotka voivat olla yksittäisiä sanoja, lauseita tai useampia lauseita. Mikäli analyysiyksikkö sisältää useampia merkityksiä, voi se sisällön analyysin seuraavassa vaiheessa hankaloittaa aineiston ryhmittelyä. Pelkistetty aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään etsimällä pelkistettyjen analyysiyksiköiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Samansisältöiset yksiköt liitetään ryhmiksi ja nimetään uudelleen sisältöä kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyssä käytetään apuna tulkintaa ja tähän vaiheeseen liittyykin jo käsitteellistämistä eli abstrahointia. Ryhmittelyn jälkeen luodaan samansisältöisille ryhmille niitä kuvaavia yläkategorioita. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston abstrahoinniksi ja sitä jatketaan niin kauan, kuin se on aineiston puitteissa mahdollista. Yläkategorioiden nimeäminen saattaa olla hankalaa. Nimeäminen voidaanakin tehdä deduktiivisesti, eli käyttämällä jotakin tutkimuksessa aiemmin esiintynyttä käsitettä. Sisällön analyysia on pidetty vaativana menetelmänä. Sen avulla voidaan muodostaa käsitejärjestelmiä, -malleja sekä -karttoja ja uutta tietoa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, s. 3, 5-7).

7 Tulokset

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyöni tuloksia. Kahden mammografiahoitajan haastattelu sekä ammattilaisille tarkoitettu kirjallinen ohje lankamerkkauksesta tuotti riittävästi tietoa potilasohjeen laatimiseksi. Teemahaastatteluissa keskityttiin lankamerkinnän kulkuun ja hoitajien tapaan informoida potilaita suullisesti toimenpiteestä, sekä siihen, onko tiettyjä asioita, joita potilaat usein haluavat tietää lankamerkinnästä. Mammografiahoitajien haastatteluissa kerätyt aineistot osoittautuivat sisällöiltään pitkälti samankaltaisiksi. Kirjallinen aineisto koostui yhdestä ammattilaisille suunnatusta merkintäohjeesta. Ohje sisälsi ajanvaraukseen liittyviä seikkoja, jotka eivät potilaan näkökulmasta ole merkityksellisiä, eikä niitä sen vuoksi analysoitu tarkemmin. Kirjallisessa ohjeessa oli myös tietoa, joka koski lankamerkinnän tarkoitusta sekä teknistä toteutusta. Ohjeessa kerrottiin myös, että kontraindikaatioita, esivalmisteluja tai jälkihoitoa ei toimenpiteelle ole. Nämä seikat eivät nousseet esiin hoitajien haastatteluissa. Kirjallinen ohje sisälsi puudutteen käyttöä koskevaa tietoa, joka on ristiriidassa mammografiahoitajien haastatteluista saatuun aineistoon. Hoitajien mukaan puudutetta ei useimmiten käytetä, ja ammattilaisten ohjeessa kerrotaan, että toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa. Hoitajat kertoivat puudutteen käytön olevan mahdollista, mutta ei useinkaan tarpeen, sillä merkkilangan laitto onnistuu pääsääntöisesti kertapistolla, jolloin puudute olisi ylimääräinen pistos.

Aineisto luokiteltiin viiteen eri kategoriaan: miten merkitään, miksi merkitään, potilaan polku, potilaan kokemukset sekä jälkihoito, esivalmistelut ja kontraindikaatiot. Aineistosta 47 % luokiteltiin kategoriaan miten merkitään, eli aineisto oli pääosin toimenpidettä konkreettisesti kuvailevaa. Toimenpidettä kuvaavasta aineistosta esimerkkinä lainaus aineistosta: ”... lääkäri laittaa sen merkkilangan joka on neulan sisällä joko ultraääniohjatusti tai stereotaktisesti ohjatusti...”. Lankamerkinnän kulkua kuvattiin konkreettisesti molemmissa haastatteluissa sekä kirjallisessa aineistossa.

Potilaiden kokemuksia käsiteltiin toiseksi eniten. Kirjallisessa aineistossa ei kokemuksellisia seikkoja ollut käsitelty lainkaan, vaan ne nousivat esille mammografiahoitajien haastatteluissa. Potilaiden kokemusten kuvaukset kattoivat 19 % aineistosta. Potilaiden tuntemuksia kuvattiin haastatteluaineistossa esimerkiksi näin: ”Niitä

tietysti jännittää vähän ja sitten se pistäminenkin mutta ehkä enemmän kuitenkin se leikkaus ja se lopputulos”.

Lankamerkinnän syitä kuvattiin hieman vähemmän kuin potilaiden kokemuksia, 16 % luokitellusta aineistosta kuului luokkaan miksi merkitään. Molemmat haastattelut ja kirjallinen aineisto käsitteli lankamerkinnän syitä. Toimenpiteen syytä oli kuvattu esimerkiksi näin: *”Pienen muutoksen paikallistaminen ennen leikkausta”* ja *”kirurgi... osaa paikallistaa sen sitä lankaa pitkin siihen muutokseen”.*

Lankamerkintää koskevia esivalmisteluja, jälkihoitoa ja esteitä koskevaa aineistoa löytyi haastatteluaineistosta sekä kirjallisesta ammattilaisille tarkoitettusta ohjeesta. Kirjallisessa ohjeessa oli kerrottu kyseisestä luokasta yksinkertaisesti seuraavaan tyyliin: *”Ei jälkihoitoa”.* Haastatteluaineistosta nousi kuitenkin esiin seikkoja, jotka luokittelin jälkihoidoksi. Nämä asiat koskivat merkkilangan varomista ja langan poistoa leikkauksessa muutoksen kanssa. Tämän luokan osuus koko aineistosta oli noin 12 %.

Potilaan polkua kuvattiin molemmissa mammografiahoitajien haastatteluissa, kuitenkin vain noin 7 % aineistosta koski potilaan polkua. Polkua kuvattiin esimerkiksi näin: *”... potilas menee isotooppiosastolle jossa sille laitetaan sinne se isotooppiaine...”.*

8 Ohjeen laatiminen

Aineistosta saadusta materiaalista laadittiin potilasohje (liite 1) käyttäen apuna luvussa 3.3.2 *Kirjallinen potilasohje* esitettyjä asianmukaisen kirjallisen potilasohjeen ominaisuuksia. Ohjeen teossa runkona toimi sairaanhoitopiirin valmis toimenpideohjepohja ja laatimista ohjasivat sairaanhoitopiirin potilasohjeita koskevat yleiset vaatimukset (liitteet 2 & 3).

Rintarauhasen lankamerkintä ei kerätyn aineiston mukaan vaadi tiettyjä esivalmisteluja, joten ohjeen laatimisessa keskityttiin enimmäkseen toimenpiteen kuvailemiseen. Ohje aloitettiin kuitenkin tärkeimmällä tiedolla, tässä tapauksessa kuvaamalla toimenpiteen tarkoitus. Toimenpidettä kuvailevaa aineistoa oli runsaasti ja siitä valittiin potilaalle olennaiset osuudet. Mukaan otettiin myös kokemuksellista tietoa kiputunteituksen muodossa. Puudutteen käyttö oli aineiston mukaan mahdollista, muttei tavallista, joten tietoa siitä ei otettu ohjeeseen mukaan lainkaan väärinkäsitysten välttämiseksi. Kieli pyrittiin pitämään yleiskielisenä ja virkkeet sopivan pituisina. Mammografia ja ultraääni olivat ainoat ammattisanat, jotka ohjeeseen otettiin mukaan. Niiden määrittelyn ei katsottu olevan tarpeen, sillä lankamerkintään tulevat potilaat ovat erittäin todennäköisesti tutustuneet kyseisiin tutkimusmenetelmiin jo aiemmin. Ohjeen tekstissä pyrittiin käyttämään aktiivimuotoa ja teitittelemään lukijaa. Ohjeen lopuksi ilmoitettiin yhteystiedot, joista saa apua ongelmatilanteissa. Kaikki yllä olevat ratkaisut tehtiin Torkkolan (2002, s. 40, 46–53) suositusten mukaan. Ohjeen ulkoasussa käytettiin sairaanhoitopiirin valmista ohjepohjaa. Fonttikoon ja kirjasintyyppin valinta tehtiin myös sairaanhoitopiirin suositusten mukaan.

Näillä ohjeilla syntynyt potilasohje toimitettiin tilaavalle yksikölle korjausehdotuksia varten. Yksikössä oltiin osittain sitä mieltä, että ohjeessa ei välttämättä ole hyvä mainita kivun kokemista toimenpiteen aikana, sillä se saattaa aiheuttaa potilaissa ylimääräistä jännitystä ennen lankamerkintää. Kipukokemukset lankamerkinnän yhteydessä ovat lisäksi yksilöllisiä, joten on vaikea etukäteen kuvata sitä ohjeessa. Niinpä ohjeesta poistettiin kipukokemusta kuvaava kohta.

9 Tulkinta

Tässä kappaleessa tulkitaan opinnäytetyöni tuloksia teoreettisen viitekehyksen ja aiempien tutkimusten pohjalta.

Teoreettisiksi lähtökohdiksi valikoituivat käsitteet turvallisuuden tunne, tieto ja ohjaus hoitotyössä, sillä opinnäytetyöni tarkoitus on kirjallisen potilasohjeen sisältämän tiedon avulla lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta rintarauhasen muutoksen lankamerkinnän yhteydessä. Maslown (1987, s. 18–19) mukaan turvallisuuden tarpeet ovat yksi ihmisen vahvimista tarpeista. Tähän tarpeeseen kuuluu vakauden, turvallisuuden, suojelun, järjestyksen, lakien ja rajojen tarpeet, sekä tarve olla vailla pelkoa, ahdistusta ja kaaosta. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) tutkimuksen mukaan ohjauksella voitiin lisätä potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta, sairaudesta selviämistä sekä lieventää sairaudesta aiheutunutta ahdistusta. Kirjallinen ohje oli menetelmänä toimiva, kun se tuki suullista ohjausta. Tätä opinnäytetyötä varten kerätty aineisto sisälsi riittävästi tietoa lankamerkinnän teknisestä toteutustavasta, jotta kirjallinen potilasohje voitiin laatia. Aineistosta saatiin lisäksi toimenpiteen syitä ja potilaan kokemuksia koskevia tietoja, jotka voitiin ottaa mukaan kirjalliseen ohjeeseen.

Tulosten tulkinnassa perustana käytetään erityisesti potilasohjausta koskevia teoreettisia lähtökohtia, sekä aiempien tutkimusten tuloksia. Ohjaus ja opetus voivat vähentää potilaiden ahdistusta ja pelkoja ja lisäksi tarjottu tieto edistää potilaan valmiuksia osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä itsensä hoitamiseen. Ohjeiden kirjoittamisen lähtökohtina ovat sekä potilaan tiedontarpeet sekä laitoksen tarpeet ohjata potilaan toimintaa. (Torkkola ym. 2002, s. 22–24). Potilasohjetta laatiessa pyrittiinkin huomioimaan sekä potilaan tiedontarpeet, että kyseisen sairaalan tarpeet ohjeistaa potilaan toimintaa. Ajatus opinnäytetyöni aiheeksi kumpusi alun perin halusta tarjota potilaille kattavampaa tietoa lankamerkinnästä, joten ohjetta kirjoittaessa pidinkin tämän päätavoitteenani. Lankamerkintää varten ei vaadita potilaalta tiettyjä esivalmisteluja tai muuta toimintaa, jota pitäisi kirjallisesti etukäteen ohjeistaa, joten tiedon tarjoaminen potilaille oli tämänkin vuoksi erinomainen lähtökohta ohjeen laatimiselle.

Salanterä ym. (2005) kävivät tutkimuksessaan läpi 611 kappaletta erään sairaalan kirjallista potilasohjetta. Tutkimuksen tuloksina selvisi, että erityisesti kokemuksellisten seikkojen käsittely potilasohjeissa oli puutteellista. Kehitettävää oli myös luettavuudessa, opettavuudessa, omaisten huomioinnissa sekä yhteystiedoissa ongelmatilanteissa suurimassa osassa ohjeista. Tämän opinnäytetyön aineistossa oli muutamia kokemuksellisia seikkoja kuvattuna. Osa koski potilaiden tuntemuksia sairauden aiheuttamasta tilanteesta, osa koski lankamerkinnän aiheuttamia tuntemuksia. Laaditussa kirjallisessa ohjeessa oli tarkoitus kuvata lankamerkinnästä mahdollisesti aiheutuva lievä kiputuntemus. Kipukokemuksen kuvaus kuitenkin poistettiin ohjeesta tilaavan yksikön pyynnöstä. Lisäksi ohjeessa kerrotaan lankamerkinnän tarkoitus ja yhteystiedot, mikäli toimenpiteestä on kysyttävää. Potilasohjeessa on pyritty käyttämään selkeää kieltä. Omaisia ei erityisesti ole ohjeessa huomioitu, tosin kirjallisen ohjeen voivat mahdollisesti myös potilaan omaiset lukea ja näin saada tietoa toimenpiteestä.

Kääriäisen ja Kygäksen (2005) tutkimuksessa todettiin kirjallinen ohjausmateriaali tehokkaaksi kun se toimii suullisen ohjauksen tukena. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kirjallinen ohje lankamerkinnästä, jotta potilaat voivat palata suullisesti tarjottuun tietoon myöhemmin itselle sopivana ajankohtana. Lankamerkinnän kulusta kerrotaan lisäksi henkilökohtaisesti ennen toimenpidettä. Ohje on siis suunniteltu käytettäväksi yhdessä suullisen ohjauksen kanssa sitä tukien.

Heikkinen ym. (2006) arvioivat potilasohjausta käsitteleviä opinnäytetöitä tutkimuksessaan. Tutkimustuloksissa todettiin, että potilaat kaipaavat eniten tietoa biologis-fysiologiselta alueelta, ja että sitä myös tarjotaan heille eniten. Eettistä, ekonomista ja kokemuksellista tietoa tarjottiin ohjauksessa erittäin vähän tai ei lainkaan. Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyneessä potilasohjeessa tarjotaan biologis-fysiologiseksi tiedoksi luokiteltavaa tietoa eniten. Alun perin ohjeeseen oli tarkoitus sisällyttää kokemuksellista tietoa, joka kuvasi kiputuntemusta lankamerkinnän yhteydessä. Tilaavan yksikön suosituksesta jätettiin kipua kuvaava kohta kuitenkin pois valmiista ohjeesta. Eettistä tai ekonomista tietoa ei aineistosta noussut esiin, joten sellaista ei potilasohjeeseen myöskään päätynyt. Toimenpidettä kuvaavaan potilasohjeeseen ei myöskään ole selkeän rakenteen säilyttämiseksi sopivaa ottaa mukaan tietoa kaikista luokista.

10 Kriittinen tarkastelu

Tässä kappaleessa tarkastellaan opinnäytetyötäni kriittisesti. Valitsin tarkastelun lähtökohdiksi hyvän tieteellisen käytännön sekä Larssonin (1994, s. 168–175, 185) neljä laatukriteeriä; eettinen arvo, sisäinen logiikka, sisällön rakenne sekä pragmaattinen arvo.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuulu, että aiemmat tutkimukset ja niiden tulokset esitetään asianmukaisella tavalla lähdeviitteineen ja muiden työtä arvostaen. Tutkimuksessa tulee lisäksi noudattaa huolellisuutta, rehellisyyttä sekä esittää ja tallentaa tulokset asianmukaisella tavalla. Tutkimuksessa käytettävien tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Tässä opinnäytetyössä on käytetty asianmukaisia lähdeviitteitä ja pyritty huolellisuuteen, sekä esittämään aiemmat tutkimustulokset objektiivisesti ja niitä vääristelemättä.

Larssonin (1994, s. 171–172) mukaan tutkimuksen eettistä arvoa voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksella saatua uutta tietoa suhteessa tutkimukseen osallistuneiden yksilöiden suojeluun. Uuden tutkimustiedon ei tulisi siis kohtuuttomasti vahingoittaa sen tuottamiseen osallistuneita yksilöitä. Opinnäytetyötäni varten haastattelin kahta mammografiahoitajaa. Tiedonantajien identiteettiä ei opinnäytetyössäni paljasteta, eikä haastatteluissa esitetyt kysymykset ole luonteeltaan henkilökohtaisia. Larssonin (1994, s. 171) mukaan tiedonantajista huolehtiminen ja se, että ottaa huomioon heidät, joihin tutkimuksen tuloksilla on vaikutusta, ovat osa tutkimuksen laatua. Tätä ei kuitenkaan tule toteuttaa niin, että tutkimustulokset vääristyisivät.

Tutkimuksen sisäinen logiikka on Larssonin (1994, s. 168–170) mukaan tavallisimpia tutkimuksen laatukriteerejä. Sisäinen logiikka tarkoittaa tutkimuksen tarkoituksen sekä tiedonkeruu- ja analyysimenetelmien yhteensopivuutta. Tutkimuskysymysten tulee ohjata tutkimuksen toteutustapojen valinnassa sen sijaan, että tutkijat olisivat sidottuja joihinkin tiettyihin menetelmiin. Opinnäytetyössäni käytetyt menetelmät ovat tarkoituksenmukaiset ja valittu niin, että tutkimuskysymyksiin voitaisiin niiden avulla löytää vastaukset. Tiedonantajiksi opinnäytetyöhön olisi myös sopinut sairaalan lankamerkintään tulevat tai sen läpikäyneet potilaat. Valitettavasti tiedonkeruu suoraan sairaalan potilailta olisi vaatinut eettisen neuvoston erillisen luvan, jonka hankkiminen tämänlaajuiseen

opinnäytetyöhön on suhteettoman mutkikas, ellei mahdoton prosessi. Aineiston kerääminen suoritettiin kuitenkin tarkoitukseen hyvin sopivilta tahoilta ja tulokset antoivat vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Sisäisellä logiikalla tarkoitetaan ajatusta tutkimuksesta kokonaisuutena, sitä että tutkimuksen kaikki osat ovat tarpeellisia ja liittyvät olennaisella tavalla toisiinsa. Tutkimukseen ei tulisi sisällyttää mukaan asioita joilla ei ole selkeää yhteyttä kokonaisuuteen.

Larsson (1994, s. 173–175) on esittänyt tutkimuksen tuloksille laatukriteerejä. Eräs näistä kriteereistä on sisällön rakenne. Tulosten hyvä rakenne ja monimutkaisuuden karsiminen on tavoiteltavaa. Selkeän rakenteen ja sisällön monimuotoisuuden välillä on kuitenkin pyrittävä tasapainoon, jotta tulokset eivät kärsisi liiallisista kompromisseista. Aineiston analysoinnissa on pyrittävä kokonaiskuvan luomiseen jostakin tietystä ilmiöstä. Tämän lisäksi on pystyttävä erottelamaan olennaiset asiat epäolennaisista ja esitettävä asiat tärkeysjärjestyksessä. Tämän opinnäytetyöni tarkoitus on potilasohjeen laatiminen. Tavoitteen konkreettisuus on helpottanut pyrkimyksiä ymmärrettävän kokonaiskuvan luomisesta lankamerkinnästä.

Larssonin (1994, s. 185) mukaan tutkimuksen eräs validiteettikriteeri voi olla tutkimuksen pragmaattinen kriteeri, eli tutkimuksen tulosten käytännön arvo, se kuinka tuloksia voidaan soveltaa käytännössä. Koska tutkimukseni on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka lopputuloksena syntyi kirjallinen potilasohje, on selvää, että tutkimuksen tuloksella on erityisesti käytännön merkitystä. Tutkimustulokset eivät välttämättä suoraan ole yleistettävissä muihin sairaaloihin, sillä on mahdollista, että lankamerkinnän käytännöt eriävät toisistaan eri sairaaloissa.

11 Pohdinta

Tässä kappaleessa pohditaan, kuinka opinnäytetyöni vastaa sille asetettua tarkoitusta ja tavoitteita, sekä onko asetettuihin tutkimuskysymyksiin saatu vastauksia.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi kirjallinen potilasohje, jonka avulla voidaan tarjota tietoa potilaille rintarauhasen lankamerkinnästä, joten tutkimuksen tarkoitus on saavutettu. Asetettuihin tutkimuskysymyksiin löytyi vastauksia kirjallisuudesta sekä haastatteleamalla mammografiahoitajia. Potilasohje laadittiin sairaanhoitopiirin potilasohjeiden laatimista koskevien periaatteiden mukaisesti. Potilasohjeen laatimisessa päätavoitteenani oli potilaan tiedontarpeen täyttäminen, sillä rintarauhasen lankamerkintää varten ei potilaalta edellytetä esimerkiksi tiettyjä esivalmisteluja, joista tiedottaminen olisi ohjeessa tärkeässä roolissa.

Opinnäytetyön tavoite oli tarjota potilaille tietoa toimenpiteen kulusta ja siten auttaa heitä valmistautumaan siihen, sekä lisätä turvallisuuden tunnetta tutkimuksen yhteydessä. Opinnäytetyön tuloksena laaditulla ohjeella voidaan potilaille tarjota tietoa toimenpiteestä. Ohjeen tarjoaman tiedon vaikutuksia ei kuitenkaan tämän opinnäytetyön puitteissa voitu tutkia, sillä sairaalan potilaiden käyttäminen tiedonantajina ei ollut mahdollista ja lisäksi opinnäytetyön laajuus oli pidettävä rajallisena. Jatkotutkimusehdotuksena on potilasohjeiden laadun arvioinnin työkalujen kartoittaminen ja laaditun potilasohjeen toimivuuden arviointi. Rintarauhasen muutoksen poistoleikkausta edeltävästi saatetaan tehdä myös muita tutkimuksia, kuten vartijaimusolmukkeen gammakuvaus. Lankamerkinnästä ja vartijaimusolmukkeen gammakuvauksesta voisi laatia esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstölle tietopaketin, josta olisi apua potilaiden kysymyksiin vastaamisessa.

Lähteet

- Aho, S. (1996). *Lapsen minäkäsitys ja itsetunto*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Andersson, K. M. (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Arlöv: Esselte Studium.
- Berglund, E. & Jönsson, B-A. (2007). *Medicinsk Fysik*. 1. Uppl. Lund: Studentlitteratur
- Dean, P.B. & Dean, K. (1991). Mammografia, rintojen röntgentutkimus. Teoksessa: C.-G. Standertskjöld-Nordenstam & I. Suramo & M. Pamilo (toim.), *Radiologia*. 1.painos. Vammala: Kustannus Oy Duodecim, s.173-179.
- Dean, P. (2005). Rintojen kuvantaminen. Teoksessa: O. Tervonen (toim.), *Radiologia*. 1. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, s. 239- 258.
- Demir, F., Ozsaker, E. & Ozcan Ilce, A. (2008). The quality and suitability of educational materials. *Journal of clinical nursing*, 17, 259- 265.
- Eloranta, T & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. (2006). Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990- 2003. *Hoitotiede* 18 (3), 120- 129.
- Hirsjärvi, S. (2009). Aineiston hankinnan suunnittelu. Teoksessa: Hirsjärvi, S & Remes, P & Sajavaara, P, *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 177-190.
- Hirsjärvi, S & Hurme. (2000). Tutkimushaastattelu. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hoffmann, T. & Worrall, L. (2004). Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disability and rehabilitation*, 26 (19), 1166- 1173.
- Kananen, J. (2008). *Kvali: kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kylänpää, E. (2003). *Viestintätilanteet*. 1.painos. Jyväskylä: Docutech Ltd.
- Kyngäs, H & Kääriäinen, M & Poskiparta, M & Johansson, K & Hirvonen, E. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kyngäs, H & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. (2005). Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995- 2002. *Hoitotiede* 17 (4), 208- 216.

Laiho, R., Ryhänen, A.M., Eloranta, P., Johansson, K., Kaljonen, A., Salanterä, S., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. (2008). Diagnostisen radiografian kirjallisten potilasohjeiden arviointi. *Hoitotiede* 20 (2), 82- 91.

Lammenranta, M. (1993). *Tietoteoria*. Tampere: Tammer-paino Oy.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: B. Starrin & P-G. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. 1. Uppl. Lund: Studentlitteratur, s. 163-189.

Madsen, K. B. (1984). *Yleinen psykologia*. 2. painos. Espoo: Amer yhtymä Oy Weilin+Göös kirjapaino.

Maslow, A. (1987). *Motivation and personality*. 3. Ed. New York : Harper & Row.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. (2005). Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4), 217-228.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Hoito, huolenpito ja opetus*. 1. Painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. (2002). *Potilasohjeet ymmärrettäviksi opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö*. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytando> (viitattu 31.10.2013).

Vehmanen, L. (2012). *Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste*. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618 (viitattu: 27.10.2012).

Vilkka, H & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, T & Mehtäläinen, J & Niiniluoto, I. (1992). *Tiedonkäsitys*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder : University Press of Colorado.

Rintarauhasen lankamerkintä

Lankamerkinnän tarkoitus

Muutos rintarauhasessa merkitään ennen leikkausta metallilangalla, jotta muutos voidaan leikkauksessa löytää ja poistaa.

Valmistautuminen

Lankamerkintä ei edellytä Teiltä erityisiä esivalmisteluja.

Toimenpiteen kulku

Merkkilanka asetetaan muutokseen röntgenosastolla ennen leikkausta. Röntgenlääkäri paikallistaa muutoksen ultraäänien tai röntgenkuvauksen avulla, riippuen siitä, millä menetelmällä muutos saadaan näkyviin. Kun muutos on löydetty, pistää röntgenlääkäri metallilangan ihon läpi muutokseen, ja lanka kiinnittyy paikoilleen. Asettamisen jälkeen varmistetaan langan sijainti muutokseen nähden rinnan mammografiakuvauksella.

Jälkihoito

Merkkilanka ja muutos poistetaan leikkauksessa. Siihen asti Teidän on hyvä varoa, ettei lanka takerru kiinni esimerkiksi vaatteisiin.

Yhteystiedot

Mikäli Teillä on kysyttävää lankamerkinnästä, voitte olla yhteydessä XXXXXXXX puh. XXXXXXXX.

Päivitetty 31.10.2013

Liite 1

Otsikko

Otsikko on tärkeä, sillä ohjetta voi etsiä netistä hakusanalla. Tallennathan tiedoston samalla nimellä kuin otsikon.

1 Tutkimuksen/toimenpiteen tarkoitus

Tähän kirjoitetaan, miksi potilas tulee toimenpiteeseen tai mitä sillä haetaan.

2 Valmistautuminen

Tässä kerrotaan, miten potilas valmistautuu toimenpiteeseen/tutkimukseen. Mikäli valmistautuminen tapahtuu esim. kahtena päivänä, on päivän eroteltava toisistaan.

Lääkkeet

Tässä kerrotaan, mitä täytyy ottaa huomioon lääkityksen osalta **valmistautumisvaiheessa**.

3 Tutkimuksen/toimenpiteen kulku

Kerrotaan, mitä tutkimuksessa/toimenpiteessä tapahtuu. Tieto voi olla hyvin pelkistettyä – jokaista yksityiskohtaa ei kannata selostaa. Kuitenkin jotain tietoa itse ”tapahtumasta” on potilasohjeessa hyvä olla.

Lääkkeet

Tähän kerrotaan (jos haluaa), mitä lääkitystä potilas **toimenpiteen** aikana saa.

4 Jälkihoito

Tässä kerrotaan aikajärjestyksessä, minkälaista jälkihoitoa potilas saa yksikössä/miten potilaan tulee hoitaa itseään toimenpiteen jälkeen kotona.

Ruokavalio

Ruokavaliota koskeva informaatio erikseen, oman otsikon alle.

Lääkkeet

Jälkihoidon lääkitystä koskeva informaatio oman otsikon alle. Mikäli lääkitys on hyvin yksilöllistä, voi ainoastaan laittaa ”henkilökunta neuvoo sinua lääkityksen suhteen”.

5 Huomioitavaa

Tässä kohden erityishuomioita esim. harvinaisista sivuvaikutuksista/komplikaatioista

6 Yhteystiedot

Mikäli potilasohje on käytössä monessa yksikössä, kaikki yhteystiedot.

Potilasohjeet

Template

Potilasohjeisiin on oma word-pohja, jossa on ainoastaan XXXXXXXXXX logo, ei muuta. Löydät pohjan seuraavasti:

Avaa Word, klikkaa File —> New ja nyt näet oikeassa palkissa kohdan ”Templates”. Valitse ”On my Computer” tai ”general templates” ja sieltä avautuvista vaihtoehtoista löydät pohjan ”Patienanvisning/Potilasohje”.

Potilasohjeen kirjasintyyppi ja fonttikoko

Otsikossa käytetään kirjasinta Trebuchet MS, fonttikoko 14 ja lihavointi. Väliotsikoissa käytetään kirjasintyyppiä Trebuchet MS, fonttikokoa 12 lihavoinnilla.

Leipätekstissä käytetään kirjasintyyppiä Georgia, fonttikoko 11. Jos leipätekstistä haluaa nostaa esille esimerkiksi lääkkeet, käytetään lihavointia.

Listaukseen on käytettävä harkiten, lauseista ei kannata muodostaa listaa, mutta esim. lääkeluetteloksi listaus on mainio tapa selkeyttää tekstiä.

Ohjeet perustuvat XXXXX:n virallisiin asiakirjasuosituksiin.

Jos potilasohje on pidempi kuin yhden sivun, muista jättää sivun loppuun pari tyhjää riviä. Tällöin potilasohje tulostuu oikein.

Kuvat

Kuvia ei käytetä. Kuitenkin esimerkiksi kuntoutusohjeissa tai näytteenotto-ohjeissa kuvia on pakko käyttää havainnollistamisen tukena, ota silloin yhteyttä XXXXXXXXXX henkilökuntaan. Autamme sinua.

Vinkkejä

Jos haluat kopioida vanhan potilasohjeesi tekstin uuteen pohjaan, teet sen helpoiten maalamalla halutun tekstin ja painamalla hiiren oikeaa näppäintä. Valitse ”copy”. Avaa sitten uusi potilasohjedokumentti ja valitse taas hiiren oikealla näppäimellä ”paste”.

Todennäköisesti vanha teksti on nyt väärällä fontilla jne. Yksinkertaisinta on valita ylävalikosta ”Format” ja sitten ”Styles and Formatting”. Ota sitten ”Clear Formatting”. Nyt sinun on helpompi asettaa uuden kirjasintyyppi ja fontit koko tekstiin.

Kun potilasohje on valmis, on hyvä vielä tarkistaa kirjoitusvirheet. Se on helppoa wordin avulla. Valitse ”Tools” ja ”Spelling and Grammar”. Kone tarkistaa puolestasi mahdolliset kirjoitusvirheet.

HUOM!

Muista aina tallentaa dokumentit johonkin varmaan paikkaan.